



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**ATENCIÓN PLENA
EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS
DEL SECTOR 3 URBANO
DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**

Autor:

Fernando Urcola Pardo

Tutora:

Concepción Germán Bes

Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Junio 2012

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Concha, como tutora, por los consejos y orientación, y como coordinadora de este Máster, por darnos a los profesionales la oportunidad de seguir formándonos en el ámbito universitario.

Gracias a todas aquellas personas que han hecho posible este Máster, profesores y profesoras de la Universidad de Zaragoza, docentes invitados/as, y muy especialmente a mis compañeros y compañeras de clase, porque no puedo imaginar unos compañeros mejores para este viaje.

Gracias al Grupo Aurora Mas y a la Fundación Index por dejarme participar en la VI Reunión Forandalus, y permitirme compartir las experiencias de estupendos profesionales y grandes personas.

Gracias a todos los compañeros y compañeras con los que he compartido experiencias asistenciales desde mis primeras prácticas durante la carrera, y muy especialmente a los compañeros y compañeras del Sector 3 del Servicio Aragonés de Salud, sin los cuales este trabajo no habría sido posible.

Gracias a Nase Chiriap por permitirme conocer la tradición y sabiduría de su pueblo, la nación Shuar, y permitirme compartirla, experiencia que sin duda ha inspirado profundamente la realización de este trabajo.

Gracias a mi madre, mi hermano, a toda mi familia y amigos/as, por todo el apoyo, respeto, paciencia, y sobre todo por haber estado, estar y seguir estando.

Gracias muy especiales a mi padre, Fernando Urcola Marruedo.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	6
Marco conceptual	11
Hipótesis y objetivos	22
Metodología y diseño:	
Perspectiva y tipo de estudio	24
Población y muestra	24
Consideraciones éticas	25
Herramientas	25
Recogida de información	26
Variables del estudio	27
Codificación de variables	27
Análisis estadístico	28
Resultados	29
Discusión	37
Conclusiones	43
Dificultades, limitaciones y propuestas	44
Bibliografía	46
Anexos	56
Anexo I: Solicitud de autorización para trabajo de investigación	
Anexo II: Datos personales y profesionales	
Anexo III: Cuestionario - Escala de Mindfulness (MAAS)	
Anexo IV: Cuestionario – Percepción del cuidado (Care-Q)	
Anexo V: Carta a profesionales	
Anexo VI: Tablas y gráficos de resultados	

RESUMEN

La atención plena o mindfulness, es una cualidad de la conciencia, que se puede definir como mantener viva la conciencia de uno focalizada en la realidad presente. Las terapias basadas en la atención plena han mostrado su efectividad tanto en la mejora de síntomas de población clínica, como en la mejora de la actividad laboral entre profesionales sanitarios. Este concepto se encuentra relacionado con diversas teorías y modelos enfermeros, de diferentes escuelas, ya desde el comienzo de la enfermería moderna con Nightingale. Ser capaces de medir la atención plena de los profesionales, y conocer cómo se relaciona con la calidad del cuidado percibida por los propios profesionales, puede indicar puntos de mejora en la actividad profesional de los profesionales de enfermería de nuestro medio. Los objetivos de este estudio son medir la atención plena de los profesionales sanitarios del Sector III urbano del Servicio Aragonés de Salud, así como la percepción del cuidado de enfermería por parte de estos profesionales. Analizar la relación existente entre estos valores, así como su relación con respecto a características demográficas y laborales.

Para ello se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. Se envió un cuestionario autoadministrado a los 189 profesionales del sector, constando el mismo de la escala MAAS, el cuestionario Care-Q (solo para los profesionales de enfermería), y un apartado de características demográficas y laborales, de elaboración propia. Los datos se obtuvieron durante los meses de enero de 2012, realizándose un re-test durante el mes de marzo del mismo año para los valores de la escala MAAS. La información obtenida se analizó mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

En total fueron devueltos 92 cuestionarios de los que 3 fueron excluidos. En los 89 cuestionarios analizados, se encontró un α de Cronbach de 0,888 en la escala de atención plena (MAAS), y un coeficiente de correlación intraclase de 0,955 en los 24 re-test obtenidos. No se obtuvieron diferencias significativas de atención plena, respecto al sexo, edad, categoría profesional, centro de trabajo o situación laboral. Con respecto a la percepción del cuidado de enfermería, fueron devueltos 39 cuestionarios, en los cuales se encontró un α de Cronbach de 0,941. Conforme a las respuestas, se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo en el valor global ($p=0,038$), y en la

subescala “Se anticipa” ($p=0,035$). La edad se encontró correlacionada con el valor total ($p=0,044$) y con la subescala “Conforta” ($p=0,042$). En cuanto a la atención plena, se encontraron relaciones significativas con respecto al global de la percepción del cuidado ($p=0,048$), y a la subescala “Monitorea y hace seguimiento” ($p=0,021$).

Se obtuvieron valores considerablemente altos tanto de atención plena, como de percepción del cuidado de enfermería en los profesionales de nuestro medio. Se encontraron correlaciones independientes entre la edad y la atención plena de los profesionales con respecto a la percepción del cuidado.

INTRODUCCIÓN

Con este trabajo he pretendido analizar la influencia de la atención plena de los profesionales de enfermería en la calidad de los cuidados que como profesionales, percibimos que damos a los usuarios.

Al terminar mis estudios, y comenzar mi carrera profesional como enfermero, tenía la constante sensación de estar haciendo demasiadas cosas al mismo tiempo, y que esto no me permitía dar a los pacientes el cuidado que, según mi propia percepción, necesitaban. Esta sensación se acrecentó en el momento en que dejé la atención especializada para comenzar a trabajar en atención primaria.

Una hipotética situación pero no por ello alejada de la realidad para un profesional de enfermería de un centro de salud, puede ser la de estar realizando un control de peso a un paciente, mientras pensamos en que el siguiente paciente en la lista requiere una cura larga, pero que tenemos fuera esperando a la señora diabética que solo acude a buscar tiras reactivas para el control de su glucemia. Además, en la sala de espera nos preocupa ese señor que ha acudido hace 20 minutos con una hipertensión descontrolada, y que espera con un Captopril sublingual a que volvamos a comprobar sus cifras tensionales, la mente se nos va a la dificultad que hemos tenido para extraer una de las analíticas de primera hora de la mañana y si los valores se verán alterados por esta razón. De repente, suena el teléfono, y una compañera de admisión nos informa de que tenemos que acudir al domicilio de un paciente que “ha perdido” su sonda vesical. Y así, podríamos continuar imaginando situaciones en las que como profesionales hacemos diez tareas al mismo tiempo sin estar a ninguna, con el piloto automático puesto.

Este funcionamiento automático, contrasta con una cualidad de la conciencia: la atención plena,¹ que podemos definir como mantener viva la conciencia de uno focalizada en la realidad presente,² y que se caracteriza por la claridad y la intensidad de la experiencia actual, y el funcionamiento en la misma.¹

Esta cualidad se fomenta y desarrolla desde el autoconocimiento, y es considerada de vital importancia en las profesiones sanitarias. Así, para Epstein la atención plena es una

cualidad sin límites entre los aspectos técnicos, cognitivos, emocionales y espirituales de la práctica, e indica que el autoconocimiento es esencial para la expresión de los valores como la empatía, la compasión y el altruismo.³

Jean Watson considera que la única forma de desarrollar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás es reconocer y sentir los propios sentimientos. Señala además que esta sensibilidad se cultiva examinándose a uno mismo y deseando explorar los propios sentimientos, y que a su vez, conduce a la sensibilidad y aceptación de los demás.⁴ En este sentido, Waldow considera la presencia como uno de los componentes más importantes del cuidado humano, señalando que “estar ahí”, presente de forma plena con el ser que necesita de cuidado y ayuda. Para esta autora, el cuidado humano se considera la ética propia de la enfermería.⁵

Por otro lado, nos encontramos en un momento delicado para el sistema sanitario, en el que a los profesionales se nos exige una máxima eficiencia, compatibilizando la escasez de recursos humanos con una implementación cada vez mayor de nuevas tecnologías, unido a la exigencia cada vez mayor de cuidados de calidad tanto técnica como humana por parte de los usuarios.

Los resultados publicados en relación a la satisfacción de los usuarios del sector estudiado, indicaba una elevada satisfacción de los mismos en cuanto al comportamiento de los profesionales.⁶ Sin embargo, en el cómputo global de España, las reclamaciones por daños sanitarios se han multiplicado por cuatro en los últimos diez años, atendándose unas 100.000 contiendas judiciales al año, siendo siete de cada diez reclamaciones debidas a la falta de información, relacionándose este hecho con la deshumanización en la atención sanitaria.⁷

El fenómeno de deshumanización de los cuidados, es el resultado de una red de factores asociados, entrelazados e interactuantes que se desprenden en parte, del orden social y de la dinámica y organización de las instituciones sanitarias, otros de la formación y consecuente práctica de los profesionales y algunos más de los pacientes.⁸ Este hecho obliga a que los profesionales sanitarios conozcamos estos factores y como se

interrelacionan, con el fin de ser capaces de proponer soluciones coherentes con los problemas que enfrentamos en nuestra práctica diaria.

Por ello, considero que el estudio de la atención plena de los profesionales sanitarios puede resultar trascendente a todos los niveles. A nivel macro, puede ser de utilidad en el aspecto económico. Una plantilla de personal sanitario con estrés conduce a un aumento de los costes asociados con el desgaste profesional, la alta rotación de personal debido a bajas, los errores clínicos, y la menor calidad de la atención de los pacientes.⁹ Además de la aparente contradicción entre las encuestas de salud ⁶ y el aumento de las reclamaciones comentado anteriormente, ⁷ podemos pensar en que el problema es similar en otros contextos sanitarios. Las cifras del ámbito estadounidense, indican que los costes asociados con los errores médicos son aproximadamente 17.000 millones de dólares al año. En este mismo ámbito, se considera que la escasa comunicación profesional-paciente es uno de los factores responsables de la práctica de la medicina defensiva, que se asocia con un coste anual de alrededor de 210.000 millones de dólares. En este sentido, las acciones basadas en la atención plena enfocadas en los profesionales, pueden suponer un importante ahorro de costes, ⁹ no solo a nivel sanitario, sino también del sistema judicial.

A nivel meso, la medición de la atención plena puede servir como orientación a los gestores sanitarios en lo referido a la salud de los profesionales, y permitir ampliar el abanico de acciones de mejora en este sentido. Actualmente, resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización (disminución de la productividad, de la calidad, de la eficacia y eficiencia y absentismo laboral entre otras).¹⁰ Asimismo, y dado que la mayor incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo se da en profesionales que prestan una función asistencial o social, el deterioro de su calidad de vida laboral también conlleva repercusiones en la calidad asistencial, afectando a la sociedad en general.

Este clima de sensibilidad hacia los problemas psicosociales del entorno laboral susceptibles de originar la aparición de estrés laboral y de sus patologías asociadas ha

permitido que el síndrome de quemarse por el trabajo haya sido considerado accidente de trabajo en España.^{10, 11}

Es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva este problema, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional.¹² La evidencia indica que las intervenciones orientadas al individuo son efectivas en más del 80% de los casos, y con una duración de hasta 6 meses tras la intervención, mientras que las técnicas mixtas, orientadas tanto al individuo como al ámbito organizacional, aumentan la duración de la reducción de los factores de riesgo a un año tras la intervención.¹³ En este sentido, las intervenciones basadas en la atención plena han demostrado ser útiles en la mejora de las tres dimensiones del síndrome de burnout de profesionales de enfermería.¹⁴

En el nivel micro, se encuentra el beneficio de la medición de un concepto poco explorado en los profesionales sanitarios de nuestro medio. La validación de este cuestionario en dichos profesionales, y la medición de su atención plena, puede servir como herramienta para la autocrítica, así como para la orientación de hacia dónde enfocar las posibles intervenciones reductoras del estrés y la ansiedad en su vida diaria. Asimismo, se presenta una herramienta diagnóstica adecuada también para la utilización con los pacientes, y en función de los resultados obtenidos, ser capaces de ampliar el espectro de actuación.

Además, diversos estudios acerca de la percepción del cuidado de enfermería muestran discrepancias entre lo que usuarios y profesionales consideran más importante.¹⁵⁻¹⁸ Esta información también fomenta la autocrítica constructiva de los profesionales, al mismo tiempo que suscita la pregunta de si la atención plena de los profesionales puede contribuir a mejorar en este sentido.

Parece por tanto necesario avanzar en la búsqueda de conocimiento en este campo de acción, ya que, como indica el Código Deontológico de la Enfermería Española en su artículo 77, “las enfermeras/os deben trabajar para asegurar y mantener unas

condiciones laborales que respeten la atención al paciente y la satisfacción de los profesionales”.¹⁹

Humanizar la salud, es un proceso complejo que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria y la formación de los profesionales.⁸ Por esto debemos actuar en todos los niveles, ya que solo con estrategias de intervención coherentes y a todos los niveles – social, estructural institucional y profesional -, lograremos que la interacción agente sanitario-paciente, sea un valioso modo de relación, con verdadera dimensión, calidad y calidez humana.

El conocimiento de la existencia y de la utilización de la atención plena en los profesionales de la salud puede ser uno de las formas más eficaces para difundir sus beneficios ampliamente en todo el sistema de salud, mejorando tanto la vida laboral de los profesionales como la salud de los pacientes.⁹

MARCO CONCEPTUAL

Mindfulness (que podría traducirse del inglés como «estar atento» o «atención plena») es la acepción inglesa del término pali *Pati*. El pali es el lenguaje en el que se transmitieron las enseñanzas budistas y mindfulness constituye uno de sus conceptos nucleares.²⁰

Para definir el concepto de «mindfulness», conviene conocer las palabras del monje budista Ticht Nat Hanhpara, que hace referencia a *mantener viva la conciencia de uno focalizada en la realidad presente*, y su práctica como *mantener la atención centrada en el trabajo, estar alerta y preparado para manejar con habilidad y con inteligencia cualquier situación que pueda surgir*.²

El concepto de «mindfulness» está más firmemente arraigado en la psicología budista, pero comparte el parentesco conceptual con ideas avanzadas por una variedad de filósofos y tradiciones psicológicas, incluyendo la antigua filosofía griega; la fenomenología, el existencialismo, y el naturalismo en el pensamiento europeo occidental posterior, y el trascendentalismo y el humanismo en América. Este modo de ser que ha sido comúnmente descrito sugiere su centralidad en la experiencia humana, y de hecho, la atención plena tiene sus raíces en dos actividades fundamentales: la atención y la conciencia.²¹

La atención plena captura una cualidad de la conciencia que se caracteriza por la claridad y la intensidad de la experiencia actual y el funcionamiento en la misma, y por lo tanto, en contraste con el sin sentido, la conciencia menos "despierta" y los estados de funcionamiento habitual o automático, que pueden ser crónicos para muchas personas. La atención plena puede ser importante para desenganchar a las personas de pensamientos automáticos, los hábitos y patrones de comportamiento poco saludables y por lo tanto podría jugar un papel clave para fomentar la información y el auto-aprobado en la regulación del comportamiento, que a su vez, ha sido asociado con la mejora del bienestar. Además, mediante la adición de la claridad y la intensidad de la experiencia, la atención también puede contribuir al bienestar y la felicidad de una manera directa.¹

Dentro de las profesiones sanitarias, para Epstein, *“la atención plena es una cualidad del médico como persona, sin límites entre los aspectos técnicos, cognitivos, emocionales y espirituales de la práctica”*.

Los profesionales con atención plena tienen una capacidad de observar lo observado mientras se observa el observador. Este proceso, que no se discute a menudo en la práctica, se considera esencial para los músicos, cuya tarea es interpretar y escuchar al mismo tiempo, atender simultáneamente a los problemas técnicos, la expresión emocional, y la estructura general teórica de la música.

Para este autor, *“el autoconocimiento es esencial para la expresión de los valores fundamentales de la medicina, tales como la empatía, la compasión y el altruismo”*. Esta afirmación la podemos extender a la totalidad de profesiones sanitarias, a las profesiones de servicios, e incluso a la propia expresión humana. Para ser empático, se debe presenciar y entender el sufrimiento del paciente y las reacciones ante el sufrimiento del paciente, para distinguir la experiencia del paciente de la mía. Entonces puedo comunicar mi comprensión y ser compasivo, usar la presencia para aliviar el sufrimiento y poner los intereses del paciente primero.³

La empatía se ha descrito como una forma de estar del profesional que, sin juzgar, entra en el mundo privado del paciente para entender los sentimientos que experimenta y los significados personales de su mundo interno. Puede existir un nivel más profundo de empatía mediante la cual el profesional adquiere un insight más allá de lo que el paciente describe en su relato e incluso de lo que es consciente. La ausencia de empatía no solo produce insatisfacción e impide crear una verdadera alianza con el paciente, sino que obstaculiza una comprensión suficiente para una atención eficaz.²²

A pesar de conocer muy bien la teoría, hay datos que indican que los comportamientos profesionalmente incorrectos de los médicos no son algo anecdótico.²³ Este hecho afecta negativamente a la calidad de la atención que proporcionan e incluso llega a dañar la autoestima del paciente.²⁴

Para Loayssa et al, los profesionales que no limitan su dedicación pueden sufrir un mayor riesgo de desgaste emocional, especialmente quienes juegan a “salvar en la consulta” y actúan de “rescatadores”. También corren un mayor riesgo de desgaste los clínicos guiados por un sentido de omnipotencia y perfeccionismo que les puede impedir ver los signos precoces de su desgaste psicológico. Este autor indica además que no permitir un cierto distanciamiento, no dar la debida prioridad al propio autocuidado o propiciar la excesiva identificación con el paciente pueden ser errores de graves consecuencias.²²

Estas consecuencias pueden ser, entre otras, el altamente comentado síndrome de burnout, que fue definido en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger, como *“un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”*.²⁵⁻²⁷ En los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de este síndrome.^{27, 28} Según estudios epidemiológicos recientes realizados en el personal de enfermería, hasta un 25% del mismo estaría afectado por el síndrome.²⁹ En otro estudio donde se comparan prevalencias entre profesionales sanitarios de países de habla hispana, las cifras más altas que se obtuvieron fueron en España (14,9%) y para el personal médico, con diferencias de un 10% sobre la mayoría de los restantes países.³⁰

Otros autores, encontraron relación entre el síndrome de burnout y la evitación experiencial en un grupo de enfermeras de cuidados intensivos. La evitación experiencial es un fenómeno de respuesta a los pensamientos, sentimientos o sensaciones no deseadas, que consiste en la utilización consciente de esfuerzos decididos para evitar ciertas experiencias que pueden dar lugar a alteraciones funcionales o interacciones, y cuyo uso excesivo ha sido sugerido como causa de varios trastornos emocionales y problemas clínicos.³¹

Las estrategias que reposan en la capacidad de introspección y autoconocimiento, pueden proteger a los profesionales del desgaste, al mismo tiempo que les permiten desarrollar su papel de agente terapéutico con sus pacientes, facultándoles para reconocer sus reacciones personales, identificar signos tempranos de malestar e internalizar las lecciones derivadas de sus interacciones profesionales.^{32, 33} Los

profesionales de la salud necesitan desarrollar la introspección, que consiste en poder darse cuenta de los pensamientos y sentimientos que nos produce el paciente y de cómo nuestra conducta se ve, a menudo, afectada por ellos.¹

Existen estudios en profesionales sanitarios³⁴⁻³⁷ que confirman que las técnicas de meditación sirven para mejorar el afrontamiento ante el estrés y la empatía. Especialmente interesante fue observar el hecho de que «estar atento» disminuía la tendencia a cargar con las emociones negativas de otros.³⁶ Otro estudio realizado en nuestro medio, señala la reducción de las tres dimensiones del burnout a través de una intervención basada en la atención plena en personal enfermero.³⁵ Además, la atención plena no sólo mejora la calidad de vida del profesional sanitario, sino que consigue mejorar el pronóstico de los enfermos en aspectos evaluados por el profesional o por el propio paciente.^{37, 38} Otro estudio en resaltó que además de la mejoría en los dominios de funcionamiento interpersonal y de afrontamiento del estrés, los participantes sintieron que la intervención basada en la atención plena había mejorado su práctica clínica.³⁹ Para Sibinga y Wu, los errores de diagnóstico a menudo provienen de los sesgos cognitivos, también conocidos como "disposiciones cognitivas para responder" (CDR por sus siglas, del inglés "cognitive dispositions to respond"), y consideran que la mejora en atención plena de los profesionales clínicos podría mejorar la seguridad del paciente mediante el aumento de la metacognición y la reducción de los efectos de las CDR que causan los errores de diagnóstico médico y de otro tipo.⁴⁰

Por otro lado, las intervenciones basadas en la atención plena se han utilizado como herramientas para el tratamiento de pacientes de diversos tipos, con resultados favorables. Los estudios sobre la eficacia de estos enfoques se han centrado en los siguientes trastornos psicológicos: la depresión, la ansiedad, los trastornos de la personalidad, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y la psicosis. También se ha analizado la utilidad de los enfoques como coadyuvantes en psicoterapia y en el tratamiento de las siguientes patologías médicas: cáncer, dolor crónico, lesiones cerebrales traumáticas, fatiga crónica, psoriasis, enfermedades cardiovasculares, epilepsia y diabetes tipo 2.⁴¹

Este tipo de intervenciones pueden ser especialmente útiles tanto para pacientes en situación terminal como para los profesionales que los atienden. Para Schröder y Comas, frente a cualquier situación nueva, el hombre empieza un proceso de adaptación que le permita responder al cambio y restablecer su equilibrio interno. Este proceso de adaptación va siempre ligado a la toma de conciencia o al reconocimiento interno de la situación real que se está viviendo. Se habla de toma de conciencia y no de información médica, porque la información a menudo se entiende como el ofrecer o dar información verbal concreta sobre la situación médica y no siempre se tiene en cuenta, como se debería, la asimilación que de dicha información hace el paciente. Estos autores señalan que la respuesta empática es una técnica extremadamente útil y terapéutica, al llevar directamente al terreno emocional. Añaden que la actitud empática requiere la identificación correcta de la emoción que se está expresando, así como dar a entender al paciente que comprendemos lo que siente y que no le criticamos o juzgamos por ello.⁴²

La gran mayoría de las investigaciones sobre la atención plena se han centrado en los efectos de las intervenciones clínicas basadas en las prácticas para mejorar esta cualidad de la conciencia. Los resultados de estudios de una innovadora modalidad, la reducción de estrés basada en la atención plena (MBSR por sus siglas en inglés: Mindfulness-Based Stress Reduction), comenzaron a aparecer en la literatura médica y psicológica, hace 30 años.⁴³ Desde entonces, han aparecido otros enfoques o modalidades de intervención, en las que se incluyen la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT del inglés, Mindfulness-Based Cognitive Therapy),⁴⁴ terapia de aceptación y compromiso (ACT, del inglés Acceptance and Commitment Therapy),⁴⁵ y la terapia de comportamiento dialéctico (DBT en inglés Dialectical Behavior Therapy),⁴⁶ así como variantes basadas en estos enfoques.

Estas cuatro modalidades de intervención son de naturaleza multidimensional, utilizando varios métodos para mejorar la atención plena. Su uso en contextos clínicos se basa en la creencia de que la atención plena va a fomentar la profundización en los orígenes psicológicos y comportamentales del sufrimiento, y de ese modo provocar el aumento del bienestar o de las medidas para facilitarlo.²¹

A pesar de que las experiencias con intervenciones basadas en la atención plena, las herramientas para su medición son relativamente recientes. En 2001 aparece el FMI (por sus siglas del inglés Freiburg Mindfulness Inventory), desarrollado por Buchheld *et al.*⁴⁷ a partir de la participación de personas que acudían a retiros de meditación, por lo que no es adecuada para la medición en personas sin experiencia en la meditación. En 2003, Brown y Ryan elaboraron la escala MAAS (del inglés Mindful Attention Awareness Scale),¹ que puede ser utilizada en personas sin experiencia previa en meditación, que incluye un factor global de presencia, entendida esta como prestar atención al momento presente, y siendo la que más bibliografía posterior ha generado. Posteriormente a estas, Baer *et al.* elaboraron en 2004 el Kentucky Inventory Mindfulness Skills (KIMS)⁴⁸ y el Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)⁴⁹ en 2006. En 2006 apareció también la Toronto Mindfulness Scale (TMS) elaborada por Lau *et al.*⁵⁰

Según Pérez y Botella, la utilización de estas herramientas presenta dos limitaciones. Por un lado, al tratarse propuestas recientes, los investigadores siguen utilizando otros instrumentos clásicos relacionados con sus objetivos. Aunque esta situación puede cambiar con el tiempo, por otro lado debe tenerse en cuenta que el desarrollo de la conciencia plena no suele constituir un objetivo en sí mismo, sino que se considera un medio para obtener otros fines: incrementar el bienestar, reducir el estrés, etc.⁴¹

Con respecto al concepto de atención plena en la investigación enfermera, las búsquedas bibliográficas nos indican la escasez de literatura enfermera a este respecto. Si bien a través del motor de búsqueda de PubMed encontramos que de los 1119 trabajos que presentan la palabra “Mindfulness” en su título o resumen, de los cuales 100 se encuentran en revistas enfermeras, la búsqueda en bases de datos nacionales ofrece escasos resultados. A través de la búsqueda en Cochrane Plus no se obtienen respuestas con esta expresión en título o resumen, y a través de la búsqueda en Cuiden, se obtienen tan solo tres resultados. Sin embargo, se trata de un concepto que debería ser familiar a los profesionales de enfermería, ya que numerosas autoras a lo largo de sus teorías han mencionado conceptos que podríamos considerar íntimamente relacionados.

Para Florence Nightingale, la aportación específica de la enfermera es ayudar a la persona a corregir la falta de armonía consigo misma, con su entorno y con su mundo espiritual, utilizando para ello sus conocimientos y los de la propia persona. Por ello, recomienda que la enfermera ocupe el papel de facilitadora de la acción curativa que la naturaleza ejerce sobre las personas, reconociendo la capacidad de sanación del enfermo, confiando en que éste tiene en sí todos los recursos necesarios para restablecer la salud. Esta autora define la enfermedad como “un proceso reparador” en el que los cuidados de la enfermera deben estar orientados a facilitar este proceso reparador.

En este rol que Florence Nightingale atribuye a las enfermeras, podemos encontrar una buena herramienta en la atención plena, ya que mejora la situación personal de la enfermera y la capacidad de observación y de escucha, facilitando realmente captar mejor el cuidado que cada persona necesita en cada situación. Además, recoge en las indicaciones para cuidar la necesidad de ayudar a la persona a mantenerse en silencio. La atención plena cultiva esta necesidad, ya que aconseja practicar en el silencio y la quietud para calmar la mente y ayudar en el proceso de sanación.⁵¹⁻⁵³

Según las diferentes escuelas de pensamiento enfermero según Kerouac, en cuanto a la escuela de las necesidades⁵⁴, podemos citar a Virgina Henderson, que indicaba que el proceso de ayudar a otro “*requiere escuchar, observar constantemente e interpretar comportamientos no verbales*”. Asimismo pide de la enfermera “*un gran conocimiento personal y la capacidad de reconocer y manejar las emociones que le impiden concentrarse en las necesidades del paciente y su ayuda.*”⁵⁵

En la misma escuela, Orem definió el autocuidado como “*la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano*”⁵²

Con respecto a la escuela de la interacción,³⁸ Peplau indicaba que los pacientes pueden asignar roles distintos a una enfermera, pero que “*una enfermera es ella misma en la medida en que es consciente de su conducta, de la forma de actuar en sus relaciones con los demás.*” Esta autora, indica que la autoimagen siempre está en riesgo en una

relación interpersonal por lo que añade que *“el significado de la conducta en todas las situaciones de enfermería resulta más claro cuando se comprende la imagen de sí mismos que tienen tanto la enfermera como el paciente.”* Acerca de la expresión del momento presente, esta autora señala además que *“a partir de su propia experiencia y en la situación presente toda enfermera será capaz de expresar lo que siente que está sucediendo.”*⁵⁶

Dentro de la misma escuela, Imogene King señala que *“las enfermeras necesitan estar conscientes de los factores que influyen en sus percepciones en ambientes donde se cuidan a los pacientes y de las inferencias que se hacen acerca de los pacientes con base en algunas señales del comportamiento. La percepción es un concepto esencial en el marco y en el desarrollo de la teoría para el logro de objetivos en la enfermería, así como la base para desarrollar el concepto del yo.”* Acerca de la autoconciencia, esta autora indica que *“tener conciencia del yo ayuda a uno a convertirse en ser humano con sensibilidad, a gusto consigo mismo y en sus relaciones con otros.”* A esto, además añade que *“cada “yo” es una persona completa que crece y se desarrolla en una sociedad específica. El concepto del yo se refleja en patrones de crecimiento y desarrollo y en la estructura y funcionamiento de los seres humanos.”* Esta autora indica la importancia del autoconocimiento, señalando que el conocimiento de uno mismo y de la manera como crece y se desarrolla la gente, ayuda a las enfermeras a entender a la gente que tiene un problema con su imagen corporal, la cual está relacionada con el concepto del yo. Sobre la importancia del momento presente, King reseña que las enfermeras deben estar alertas ante pacientes que *“viven”* en el pasado o en el futuro, y que se niegan a encarar la enfermedad en la situación presente.⁵⁷

Encuadrada en la misma escuela se encuentra Joyce Travelbee, de quién podemos apreciar las piedras angulares de su teoría a través de una serie de ideas recurrentes en su discurso: entender, experiencia, adaptación, percepción y sentir. Además de estas ideas, Travelbee formuló como necesaria la identificación como individuo tanto por parte de la propia persona en situación de enfermedad (la situación que sea), como por parte de la enfermera.⁵⁸

En cuanto a la escuela de efectos deseables, ⁵⁴ Levine definió a la persona como un ser holístico, indicando que la globalidad es la integridad, y el proceso vital como un proceso de cambio. Acerca de la salud, esta autora remarcaba que la salud constituye el retorno a la identidad, y que incluso para un individuo único, la definición de salud cambiará con el tiempo.

Perteneciente a esta escuela, Callista Roy indica que la conciencia y el significado son constitutivos de la persona y la integración del entorno. Con respecto a la propia conciencia, esta autora señaló también que la conciencia de la existencia de uno mismo y del entorno se basa en el hecho de pensar y de sentir. ⁵²

También dentro de la misma escuela, Betty Neuman considera la salud como un continuum con niveles y variaciones de bienestar, y a la persona que la experimenta como un sistema abierto, en relación con el entorno. Con respecto al entorno, identificó entorno interno, externo y creado. El entorno externo es interpersonal, así como el interno y el creado son intrapersonales. La relación entre persona y salud la señala como una relación de armonía y equilibrio mediante un proceso de interacción y ajuste. En cuanto a los profesionales, señala que la enfermera valora y valida la respuesta del individuo a los agentes estresantes, siendo algunas de estas respuestas conocidas, mientras que otras se manifestarán dependiendo del significado de la experiencia para el individuo. ^{4, 52}

Moyra Allen, de la escuela de promoción de la salud, ⁵⁴ sostiene que la salud se aprende por el descubrimiento personal y la participación activa. Para esta autora, la atención debe estar centrada sobre el problema definido como una situación de salud que cambia continuamente, y en relación con otras situaciones. Asimismo, las personas y las familias son concebidas como sistemas abiertos en interacción constante el uno con el otro, con el entorno y la comunidad. Así, los cambios en uno u otro sistema ocasionan cambios en los otros sistemas y en sus interacciones. ⁵⁴

Encuadrada en la escuela del ser humano unitario, ⁵⁴ Matha Rogers define el entorno como un campo de energía irreducible y pandimensional, que además es específico para cada campo humano, indicando que ambos cambian de un modo continuado y creativo.

A esto añade que los campos del entorno son infinitos, y su modificación siempre es innovadora e impredecible, y que se caracteriza por una diversidad en aumento.^{4, 52}

También dentro de esta escuela se encuentra Rosemarie Parse, quién indica que el significado aparece con el proceso ser humano-universo y que se remite al significado u objetivo último de la vida y al significado de los momentos de la vida diaria. Esta autora, en su descripción de la práctica enfermera indica que *“la enfermera está en presencia real con el individuo (o su familia), mientras que el individuo (o su familia) descubre el significado personal de la situación y realiza elecciones para moverse hacia el momento actual con las esperanzas y los sueños que más aprecia. El centro se encuentra en el significado de la experiencia vivida por la persona (o su familia) descubriéndola allí con la presencia de la enfermera...”*. Para esta autora, la enfermería es una ciencia, con un arte interpretativo que se desarrolla en las relaciones con las personas. Dentro de los fundamentos que indica para el desarrollo de dicho arte, y en relación con el tema tratado, podemos señalar el valorar al prójimo como una presencia humana, el respeto a la diversidad de opiniones, conectar con los demás, y reconocer los momentos de alegría en los sobresaltos que depara la vida.⁵²

Continuando en la escuela del ser humano unitario,⁵⁴ para Margaret Newman, las enfermeras se ven como socias en el proceso de expansión de la conciencia. La enfermera puede conectar con la persona cuando se busca una comprensión de circunstancias cambiantes. Como facilitadora, la enfermera ayuda al individuo, a la familia o a la comunidad a centrarse en sus patrones. Para esta autora, *“el reconocimiento de patrones tiene lugar en el interior del observador”*. Además, define a las personas como *“centro de conciencia dentro de una pauta global de conciencia en expansión”*, y señala *“la salud como «el patrón de la totalidad» de una persona, y se describe además como aquella que incluye la enfermedad como una manifestación con significado del patrón del todo, basado en la premisa de que la vida es un proceso continuo de la ampliación de la conciencia”*.^{52, 54}

Conforme a la escuela del caring,⁵⁴ Watson afirma que sabemos tanto racional como intuitivamente que nuestra situación humana puede no estar tan relacionada con el mundo externo, físico, tanto como con nuestro mundo interior tal y como lo vivimos. La

conciencia de uno mismo como ser espiritual abre infinitas posibilidades. Para esta autora, *“la trascendencia proporciona oportunidades de crecer y hacerse plenamente humano. Inherente a estas ideas está la noción de introspección y contemplarse a uno mismo y a los demás con reverencia y dignidad, como seres espirituales capaces de contribuir a su propia salud y curación así como a la evolución espiritual de uno mismo y de la civilización”*. Watson define la vida humana como un estar-en-el-mundo que es continuo en el tiempo y el espacio. Su teoría se conforma a través de diez factores de los cuidados, siendo el tercero el de cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. Esta autora señala que *“la única forma de desarrollar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás es reconocer y sentir los propios sentimientos.”* Esta autora señala que la sensibilidad hacia uno mismo se cultiva examinándose a uno mismo y deseando explorar los propios sentimientos, y que esta sensibilidad hacia uno mismo conduce a la sensibilidad y aceptación de los demás. Según su teoría, *“las enfermeras que son sensibles a los demás son más capaces de aprender la visión del mundo que tienen los demás, lo que, en consecuencia, aumenta su preocupación por la comodidad, recuperación y bienestar ajenos.”* A esto, añade que *“las enfermeras que reconocen y usan su sensibilidad promueven el autodesarrollo y autorrealización, y son capaces de estimular el mismo desarrollo en los demás. Sin este factor, los cuidados de enfermería fallarían.”*⁴

Sin estar incluidas en las escuelas previamente citadas, también podemos citar a otras pensadoras enfermeras. En relación con el pensamiento crítico en enfermería, Alfaro indica que el primer factor personal influyente en el pensamiento es la imparcialidad y el desarrollo moral. Para esta autora, es más probable que piensen críticamente las personas imparciales y con mayor desarrollo moral. Para esto, indica la importancia del ser profundamente consciente de los propios valores.⁵⁹

Por otro lado, para Waldow, estar presente es una de las categorías más importantes del cuidado. Para esta autora, el cuidado no es una característica solo de la enfermería, pero mediante el privilegio de estar presente, es en la profesión enfermera dónde el cuidado se concretiza plenamente y se profesionaliza. Esta autora se refiere a la presencia como uno de los componentes más importantes del cuidado humano, señalándola como “estar ahí”, presente de forma plena con el ser que necesita de cuidado y ayuda. Asimismo,

termina añadiendo que el cuidado humano, por sus características, se considera la ética propia de la enfermería.⁵

Tras este recorrido a través de diferentes autoras enfermeras, conviene añadir que el ámbito de estudio de la atención plena se encuentra todavía en una etapa temprana de desarrollo. Por ello, el estudio de cuestiones básicas también ayudará a afianzar la atención plena dentro de una red de otros campos establecidos de estudio, y con ello, a mejorar nuestra comprensión de la naturaleza humana en su conjunto.⁶⁰

Como las demandas de los proveedores de cuidado de la salud siguen aumentando, el interés en las aplicaciones del entrenamiento en atención plena para el personal sanitario es muy oportuno. La investigación sugiere además, que el entrenamiento de la atención plena puede servir como una herramienta viable para la promoción del auto-cuidado y el bienestar. Por otra parte, la posibilidad de que los resultados positivos del entrenamiento de la mente se traduzcan en una mejor atención al paciente, es un campo que permanece relativamente inexplorado.⁶¹

Por todo lo anterior, considero de importancia el conocimiento de la situación en que se encuentra la atención plena de los profesionales sanitarios de nuestro entorno, y cómo se relaciona con la percepción que tienen del cuidado los profesionales de enfermería.

HIPÓTESIS

- La atención plena de los profesionales sanitarios de Atención Primaria, se encuentra relacionada con diferentes factores personales y laborales individuales, así como con la calidad del cuidado de enfermería percibido entre el personal de enfermería.
- La escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) es una herramienta adecuada para la valoración de la atención plena en profesionales sanitarios de nuestro medio.

OBJETIVOS PRINCIPALES

- Medir la atención plena (mindfulness) de médicos/as y enfermeros/as del Sector 3 urbano de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud (SALUD), mediante la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS).
- Medir la percepción del cuidado que tienen los profesionales de enfermería del Sector 3 urbano de Atención Primaria del SALUD, mediante el cuestionario CareQ.
- Analizar los resultados en función de diferentes criterios individuales:
 - Criterios personales: sexo y edad
 - Criterios profesionales: categoría profesional, centro de trabajo y situación laboral.
- Analizar la relación entre la atención plena y la percepción del cuidado de los profesionales de enfermería del Sector 3 urbano de Atención Primaria del SALUD.

OBJETIVO SECUNDARIO

- Determinar la fiabilidad y la validez de la herramienta MAAS cuando se aplica en profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA Y DISEÑO

PERSPECTIVA Y TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, a través de un cuestionario para la recogida de información y evaluación de la atención plena de los profesionales sanitarios de Atención Primaria, y su relación con la percepción del cuidado entre los profesionales de enfermería, medida mediante otro cuestionario adicional.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población a estudio son los profesionales sanitarios de la medicina y la enfermería en activo en los Centros de Salud correspondientes al Sector 3 urbano del Servicio Aragonés de Salud, que corresponden a los siguientes centros: CS Bombarda-Monsalud, CS Delicias Norte, CS Delicias Sur, CS Miralbueno, CS Oliver, CS Universitas y CS Valdefierro.

Criterios de inclusión:

- Ser profesional Licenciado en Medicina o Diplomado en Enfermería.
- Encontrarse con contrato en vigor en los centros anteriormente citados durante el periodo de recogida de datos.

Criterios de exclusión:

- Ser profesional sanitario con diferente titulación académica y/o puesto laboral a los mencionados anteriormente.
- Cuestionarios incompletos, indebidamente cumplimentados, o entregados fuera del plazo señalado.

Se realizó un muestreo aleatorio simple estratificado sin reemplazamiento. Para la determinación del tamaño muestral se consideraron: la población a estudio con un número de 189 personas, intervalo de confianza del 95%, con una amplitud del mismo de 0,1 sobre la escala de medida y la varianza a partir de la desviación estándar de los autores de la escala (DE: 0,36, $\sigma^2 = 0,4096$). Según estas cifras, y pretendiéndose estimar una media, la muestra necesaria es de 86 individuos. Realizándose una estratificación por centros y categorías profesionales, con información proporcionada por los propios coordinadores, la distribución sería la siguiente: 5 médicos/as y 5 enfermeros/as del CS Bombarda, 9 médicos/as y 8 enfermeros/as del CS Delicias Norte, 9 médicos/as y 9

enfermeros/as del CS Delicias Sur, 4 médicos/as y 4 enfermeros/as del CS Miralbueno, 6 médicos/as y 5 enfermeros/as del CS Oliver, 10 médicos/as y 9 enfermeros/as del CS Univérsitas, y 4 médicos/as y 3 enfermeros/as del CS Valdefierro. La muestra resultante es de 90 individuos. Para determinar de forma aleatoria quiénes serán los encuestados, se ha asignado un número a cada profesional dentro de su grupo/estrato, y se ha procedido a la aleatorización a través del generador de números aleatorios del programa Epidat 4.0.

Por resultar accesible toda la población, se decidió encuestar a toda la población, y así minimizar las posibles pérdidas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La autorización para el presente estudio ha sido proporcionada por la Dirección de Atención Primaria del Sector III del Servicio Aragonés de Salud (Anexo I). Al obtener los datos mediante un cuestionario autoadministrado, se considera que aquellas personas que realizan voluntariamente su contestación, autorizan la utilización de los datos proporcionados en el mismo.

HERRAMIENTAS

Para las variables sociodemográficas se utilizó un cuestionario de elaboración propia (Anexo II), referido a datos de filiación (edad y sexo) y aspectos laborales (categoría profesional, centro de trabajo, situación laboral y pareja de equipo).

Para la medida de la atención plena se ha utilizado la escala MAAS (Anexo III), elaborada por Brown y Ryan,¹ en su versión en castellano facilitada por el Dr. García-Campayo, y en proceso actual de validación al castellano por la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (redIAPP), enmarcado dentro de un protocolo para pacientes con fibromialgia.⁶² Consta de 15 ítems, con seis posibles respuestas en una escala de Likert, respecto a la frecuencia en que se experimentan sensaciones relacionadas con la vida diaria. Consta de una puntuación posible de 1 a 6, correspondiendo a las categorías: 1: “Casi siempre”, 2: “Muy frecuente” 3: “Algo frecuente”, 4: “Algo infrecuente”, 5: “Muy infrecuente”, y 6: “Casi nunca”, y cuyo total se expresa como la media de las respuestas, pudiendo ir por tanto, de 1 a 6.

Para la medida la percepción del cuidado, se ha utilizado el cuestionario Care-Q (Anexo IV), elaborado por Patricia Larson,⁶³ y tomándose como referencia su versión validada utilizada en diversos estudios en Latinoamérica y en nuestro medio.⁶⁴⁻⁶⁷ Consta de 50 ítems, con siete posibles respuestas en una escala de Likert, respecto a la importancia que otorga el profesional a diferentes situaciones. La puntuación varía entre 1 y 7, correspondiendo a las categorías: 1: “Nada importante”, 2: “Muy poco importante” 3: “Poco importante”, 4: “Ni importante ni sin importancia”, 5: “Algo importante”, 6: “Muy importante”, y 7: “Importantísimo”. La escala consta de siete subescalas, referidas a diferentes aspectos del cuidado. La subescala “es accesible” engloba de la pregunta 1 a la 6, la subescala “explica y facilita”, de la pregunta 7 a la 12, la subescala “conforta” de la pregunta 13 a la 21, la subescala “se anticipa”, de la pregunta 22 a la 26, la subescala “mantiene relación de confianza” de la pregunta 27 a la 42, y la subescala “monitorea y hace seguimiento” de la pregunta 43 a la pregunta 50. El total, así como la puntuación para cada subescala, se expresa como la media de las respuestas, pudiendo ir por tanto, de 1 a 7.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Una vez obtenida la autorización para la utilización de encuestas sobre los profesionales de los diferentes centros, el acceso a los mismos se realizó a través de los/as coordinadores/as de medicina y enfermería de cada centro, excepto en el CS Miralbueno, que no consta de puesto de coordinación de enfermería, y a cuyos profesionales se accedió a través del coordinador médico del centro. Se realizó el envío de los cuestionarios a través del correo interno del SALUD el 9 de enero de 2012.

A los profesionales que recibieron el cuestionario, se les adjuntó con el mismo una nota informativa y de agradecimiento con respecto a la colaboración en el estudio (Anexo V). La fecha límite indicada para la recogida de los cuestionarios se fijó en el 31 de enero de 2012. Posteriormente a la recogida de los cuestionarios, y con la información proporcionada por los profesionales, se realizó una localización por correo electrónico para la realización de un re-test de la escala MAAS, a 32 de los profesionales que contestaron el primero. Para ello, se utilizó la aplicación de cuestionarios de Google Docs[®]. El envío se realizó con fecha 12 de marzo de 2012, siendo el límite temporal para la recogida de estos datos el 1 de abril de 2012.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variables sociodemográficas y laborales: edad (cuantitativa discreta, medida en años), sexo (cualitativa dicotómica, hombre o mujer), categoría profesional (cualitativa dicotómica, médico/a o enfermero/a), centro de trabajo (cualitativa nominal, categorías: CS Bombarda, CS Delicias Norte, CS Delicias Sur, CS Miralbueno, CS Oliver, CS Univérsitas y CS Valdefierro), situación laboral (cualitativa nominal, categorías: titular de plaza, interinidad, titular de refuerzo, sustitución eventual, y otros), y pareja de equipo.

Variable Mindfulness: medida de forma cuantitativa continua a través de la escala MAAS (Anexo III).

Variable Percepción del cuidado: medida de forma cuantitativa continua a través de la escala Care-Q (Anexo IV).

CODIFICACIÓN DE VARIABLES

Se codificaron todas las variables como numéricas. La edad como variable cuantitativa discreta, se introdujo en su valor original, con la finalidad de poder realizar diferentes agrupaciones posteriormente. Las variables cualitativas se codificaron en orden ascendente a partir del 0.

Con respecto a las 15 preguntas cerradas de la escala MAAS, se codificaron en función de la percepción de los encuestados, respondiendo a través de una escala cuantitativa, que consta de los siguientes valores: 1: “Casi siempre”, 2: “Muy frecuente” 3: “Algo frecuente”, 4: “Algo infrecuente”, 5: “Muy infrecuente”, y 6: “Casi nunca”.

En cuanto a las 50 preguntas cerradas, también se realizó la codificación de según la importancia otorgada a las situaciones por los encuestados, respondiendo a través de escala cuantitativa con los siguientes valores: 1: “Nada importante”, 2: “Muy poco importante” 3: “Poco importante”, 4: “Ni importante ni sin importancia”, 5: “Algo importante”, 6: “Muy importante”, y 7: “Importantísimo”.

Los datos fueron registrados a través de una tabla de Microsoft Excel 2007[®] elaborada para este trabajo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico de las variables se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS 15.0, realizándose una descripción estadística de cada variable, expresando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; media y desviación estándar en variables cuantitativas normales, mediana y desviación intercuartílica para las no normales (normalidad previamente determinada mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov).

La determinación de la fiabilidad de las escalas en esta población se ha calculado mediante alfa de Cronbach para la consistencia interna, y el coeficiente de correlación intraclass para la fiabilidad intraobservador de la escala MAAS.

Para la inferencia estadística, se ha realizado un análisis bivariado mediante T de Student para las variables dependientes con distribución normal con las independientes cualitativas dicotómicas (sexo y categoría profesional). Para las halladas con distribución no normal se ha utilizado U de Mann-Whitney. Para la inferencia con las cualitativas de más de dos categorías (centro de trabajo y situación laboral) se ha utilizado el test ANOVA si presentaban distribución normal y test post hoc de Scheffé, y análisis de Kruskal-Wallis para aquellas cuya presentación no es normal. Para el análisis de las variables cuantitativas entre sí, se ha utilizado la correlación lineal de Pearson para variables con distribución normal, y la correlación lineal no paramétrica mediante ρ de Spearman para aquellas con distribución no normal. Estas pruebas se realizaron para todas las respuestas, y posteriormente, se realizó un análisis para las respuestas obtenidas de titulares de plaza con respecto a la escala MAAS.

Finalmente, las variables analizadas a través de la correlación de Pearson en las que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, fueron sometidas posteriormente a análisis de regresión lineal.

RESULTADOS

De los 189 cuestionarios enviados a los profesionales, se devolvieron contestados 92, obteniéndose una tasa de respuesta inicial del 48'67%. De estos cuestionarios se excluyeron del análisis 3 de los mismos, por ser contestados por matronas 2 de ellos, y por una trabajadora social el restante. El resto de los 89 cuestionarios estaban correctamente contestados, por lo que se utilizaron todos ellos para el análisis, lo que indica una tasa de respuesta final del 47,08%. Por centros y categorías profesionales, la mayor tasa de respuesta se dio entre médicos/as del CS Oliver, con una tasa de respuesta de más del 91%, y la menor entre los médicos/as del CS Bombarda, con una tasa del 9%. La distribución de la población y las tasas de respuesta por categoría profesional y por centro de salud se indican en la tabla 1, y en los gráficos 1 y 2.

Por sexos se obtuvieron 22 respuestas de hombres (24,7%), por 67 de mujeres (75,3%). Por categorías profesionales, se obtuvo una respuesta de 45 médicos/as (50,6%) contra 44 respuestas de enfermeros/as (49,4%). Por centros de salud, se obtuvieron 3 respuestas del CS Bombarda (3,4%), 13 del CS Delicias Norte (14,6%), 19 del CS Delicias Sur (21,3%), 8 del CS Miralbueno (9%), 17 del CS Oliver (19,1%), 23 del CS Univérsitas (25,8%) y 6 del CS Valdefierro (6,7%). Según la situación laboral, se obtuvieron 71 respuestas de titulares de plaza (79,8%), 3 de interinos/as (3,4%), 13 de sustitutos/as eventuales (14,6%) y 2 de residentes (2,2%) (tabla 2).

La edad de los encuestados presenta una distribución no normal (Z de Kolmogorov-Smirnov=1,389, $p=0,042$), presentándose valor medio de 50,53 años, con una desviación estándar (DE) de 10,011, una mediana de 54 y una desviación intercuartílica (DI) de 11. La edad máxima fue de 66 años, y la mínima de 23.

La escala MAAS de atención plena, presentó una distribución normal (Z de Kolmogorov-Smirnov=0,907, $p=0,383$), y se encontró una media global de 4,5086, con una DE 0,7897. Su distribución por variables independientes cualitativas se encuentra resumida en tabla 3, y se presentó de la siguiente manera:

- Por sexo, los hombres presentan una media de 4,6061 (DE 0,7673), frente a una media de 4,4766 (DE 0,78) en mujeres.

- Por categoría profesional, se encontró una media de 4,6341 (DE 0,79) en médicos/as, por una media de 4,3862 (DE 0,777) en enfermeros/as.
- Por centros de salud, se encontró una distribución no normal en el CS Oliver (K-S=0,225, p=0,022). Los valores encontrados en mediana (DI) fueron de 4,07 en el CS Bombarda (sin DI por escasez de resultados), 5,13 (1,47) en el CS Delicias Norte, 4,67 (0,67) en el CS Delicias Sur, 4,73 (1,03) en el CS Miralbuena, 4,66 (1) en el CS Oliver, 4,27 (1,47) en el CS Universitas, y 4,93 (1,95) en el CS Valdefierro.
- Según la situación laboral, la media para el personal titular de plaza fue de 4,4911 (DE 0,7775), el personal interino presentó una media de 4 (DE 1,0913), el personal de sustitución eventual obtuvo una media de 4,5385 (DE 0,7274), y el personal interno residente presentó una media de 5,7 (DE 0,4242).

El valor máximo en la escala obtenido fue de 6, y el mínimo de 2,13. Ambos valores corresponden a mujeres pertenecientes a la categoría profesional de medicina. El valor más elevado fue obtenido por una interna residente del CS Valdefierro, y el valor más bajo, por una titular de plaza del CS Universitas.

En la misma tabla, pueden apreciarse los valores medios de la suma de la escala por variables independientes. Para el total, presenta una media de 67,63 (DE 11,84), con un mínimo de 32 y un máximo de 90.

Al realizar el análisis de la escala MAAS sobre las respuestas de personal titular de plaza (n=71), se obtuvo una media global de 4,4911, con una DE de 0,7775. En este caso, la distribución por variables independientes cualitativas se encuentra en tabla 4, y se presentó de la siguiente manera:

- Por sexo, los hombres presentan una media de 4,5778 (DE 0,7744), frente a una media de 4,4547 (DE 0,7838) en mujeres.
- Por categoría profesional, se encontró una media de 4,5807 (DE 0,8077) en médicos/as, por una media de 4,3879 (DE 0,7402) en enfermeros/as.
- Por centros de salud, se encontró una distribución no normal en el CS Oliver (K-S=0,258, p=0,008). Los valores encontrados en mediana (DI) fueron de 4,07 en el CS Bombarda (sin DI por escasez de resultados), 5,17 (1,08) en el CS Delicias

Norte, 4,60 (0,65) en el CS Delicias Sur, 4,73 (1,03) en el CS Miralbueno, 4,67 (1) en el CS Oliver, 4,27 (1,67) en el CS Univérsitas, y 4,93 (1,88) en el CS Valdefierro.

Al realizar este análisis, el valor mínimo de la escala se mantiene en 2,13, y el máximo aparece en 5,93. Ambos valores siguen correspondiendo a mujeres pertenecientes a la categoría profesional de medicina. Por centros, se sigue manteniendo el valor más bajo en el CS Univérsitas, y el más alto en CS Valdefierro.

En la misma tabla indicada, pueden apreciarse los valores medios de la suma de la escala por variables independientes. Para el total, presenta una media de 67,37 (DE 11,63), con un mínimo de 32 y un máximo de 89.

Para el análisis de la fiabilidad de la medición de la atención plena a través de la escala MAAS en nuestra población, se realizó una nueva medición, enviando el cuestionario tras seis semanas de la recogida del primero, y con un intervalo de ocho semanas en la finalización de la recogida de datos entre cuestionarios. Esta segunda medición fue enviada a 32 de los profesionales que participaron en la primera, respondiendo adecuadamente a la misma 24 de ellos (tasa de respuesta del 75%).

La consistencia interna del cuestionario se midió a través de alfa de Cronbach para la respuesta del total ($n=89$), resultando en 0,888. Los resultados por pregunta para el alfa de Cronbach al eliminar cada elemento, pueden verse en la tabla 5. La eliminación de la pregunta 6 eleva el valor hasta 0,896, y la de la pregunta 13 lo eleva a un valor de 0,889. El resto de preguntas disminuyen el valor de alfa al ser eliminadas, salvo la pregunta 2, que lo mantiene en 0,888.

La fiabilidad intraobservador se valoró a través del coeficiente de correlación intraclase (CCI), que presentó para el total de la escala, un valor de 0,955. La distribución del CCI por preguntas se puede observar en la tabla 6. El valor más bajo de CCI se presentó en la pregunta 3 del cuestionario, con un valor de 0,801, y el más elevado en la pregunta 8, con un valor de 0,965.

Con respecto a las diferencias en los valores de la escala MAAS entre las distintas variables independientes, no se hallaron diferencias significativas con respecto a ninguna de las mismas. Los valores totales se observan en la mencionada tabla 3 y los valores para el personal titular de plaza, en la tabla 4.

Para los valores de la escala MAAS con respecto al sexo, se utilizó la prueba t-Student, obteniéndose una $t=0,665$ y $p=0,508$. Al realizar este análisis en las respuestas de titulares, se obtuvo una $t=0,606$ y $p=0,546$.

La relación de la escala MAAS con respecto a la edad se midió a través de ρ de Spearman, determinándose un coeficiente de correlación de 0,29 y $p=0,79$. El análisis en titulares de plaza determinó un coeficiente de correlación de 0,066 con $p=0,583$. Las distribuciones gráficas de estas variables se pueden observar en los gráficos 3 y 4 respectivamente.

Para los valores con respecto a la categoría profesional, también se utilizó la prueba t-Student, obteniéndose una $t=1,527$ y $p=0,130$. Los resultados excluyendo del análisis el personal no titular de plaza, determinaron una $t=1,043$ con $p=0,301$.

La diferencia entre centros se midió a través de contraste Kruskal-Wallis, por presentar distribución no normal en el CS Oliver ($K-S=0,225$, $p=0,022$), obteniéndose un valor $\chi^2=7,154$, $p=0,307$. El análisis en el personal titular de plaza también se realizó a través de Kruskal-Wallis por presentar distribución no normal en el CS Oliver ($K-S=0,258$, $p=0,008$), y presentó valores de $\chi^2=4,859$, $p=0,562$.

Para las diferencias entre las situaciones laborales se utilizó un contraste ANOVA, obteniéndose una $F=2,018$ y una $p=0,118$. El posterior contraste de Scheffé indicó que la mayor diferencia se encontraba entre el personal interino y el interno residente, con una $p=0,133$. El resto de valores aparecen en la tabla 7.

En cuanto al análisis por parejas formadoras de equipos, solo se obtuvieron respuesta de 18 parejas identificadas como tales. Las cifras correspondientes a los resultados

presentaron una distribución normal, por lo que se realizó un análisis mediante el índice de correlación de Pearson, obteniéndose un valor de 0,10, y una $p=0,694$.

El cuestionario Care-Q, de percepción del cuidado, se distribuyó únicamente al personal de enfermería, apareciendo contestados 39 de los 44 cuestionarios devueltos (en los 5 restantes, 2 se encontraban en blanco, y 3 no se encontraron adjuntos), y que en relación con los 89 cuestionarios enviados, supone una tasa de respuesta del 43,82%. Los valores del cuestionario presentaron una distribución normal tanto en su suma total (Z de Kolmogorov-Smirnov=0,598, $p=0,867$), así como en cada una de sus subescalas (Es accesible: $Z=1,009$, $p=0,261$; Explica y facilita: $Z=1,001$, $p=0,269$; Conforta: $Z=0,758$, $p=0,614$; Se anticipa: $Z=0,798$, $p=0,548$; Mantiene relación de confianza: $Z=0,610$, $p=0,851$; Monitorea y hace seguimiento: $Z=0,707$, $p=0,7$). Se encontró una media global de 5,94, con una DE 0,468. El valor máximo en la escala obtenido fue de 7, y el mínimo de 4,94.

La distribución por variables independientes cualitativas presentó la siguiente distribución de valores medios (DE), y se encuentran resumidos en la tabla 8:

- Por sexo, los hombres presentaron valores de 6,48 (0,11) por 5,91 (0,46) para las mujeres
- Por centro de trabajo, la media para el CS Bombarda fue de 6,56 (sin datos para la DE), para el CS Delicias Norte 6,02 (0,19), para el CS Delicias Sur 6,02 (0,38), para el CS Miralbuena 5,63 (0,43), para el CS Oliver 6,21 (0,47), para el CS Universitat 5,74 (0,53) y para el CS Valdefierro 6,40 (sin datos para DE).
- Por situación laboral, el personal titular presentó una media de 5,98 (0,46), el personal interino de 5,41 (0,33) y el personal de sustitución eventual de 5,94 (0,48).

Por subescalas, la media (DE), se encontró distribuida de la siguiente manera (tabla 9):

- La subescala “Es accesible” presentó valores de 5,94 (0,517).
- La subescala “Explica y facilita” presentó una media de 6,09 (0,543).
- La subescala “Conforta” presentó un valor medio de 6,05 (0,547).
- La subescala “Se anticipa” presentó valores medios de 5,70 (0,693).

- La subescala “Mantiene relación de confianza” presentó una media de 5,92 (0,527)
- La subescala “Monitorea y hace seguimiento”, presentó un valor medio de 5,90 (0,689).

Los valores para las subescalas distribuidos por las variables independientes cualitativas, se pueden observar entre las tablas 10 y 15.

Para el análisis de la fiabilidad de la medición de la percepción del cuidado de los profesionales a través del instrumento Care-Q, se realizó un análisis de la consistencia interna del cuestionario, través de alfa de Cronbach para la respuesta del total (n=39), resultando en 0,941. Los resultados por pregunta para el alfa de Cronbach al eliminar cada elemento, pueden verse en la tabla 16. La eliminación de la pregunta 13 eleva el valor hasta 0,943. La eliminación de las preguntas 7 y 13, disminuyen el valor a 0,939. El resto de preguntas lo mantienen en estos rangos.

Dividido por subescalas, “Es accesible” presentó $\alpha=0,652$; “Explica y facilita” $\alpha=0,746$; “Conforta” $\alpha=0,802$; “Se anticipa” $\alpha=0,691$; “Mantiene relación de confianza” $\alpha=0,867$; “Monitorea y hace seguimiento” $\alpha=0,838$. Los valores para α de Cronbach al eliminar elementos, para cada subescala pueden apreciarse en las tablas 17-22.

La pregunta que obtuvo una mayor puntuación media fue “Administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente”, correspondiente a la subescala “Es accesible”, con un valor medio de 6,65 sobre 7. Se pueden observar las diez preguntas con mayor puntuación y la subescala a la que pertenecen en la tabla 23.

Con respecto a las diferencias en los valores de la percepción del cuidado entre las distintas variables independientes, se realizaron contrastes no paramétricos debido a la escasa respuesta obtenida según sexo (respuesta de 2 hombres por 37 mujeres), centro (respuesta de una persona en CS Bombarda, y de 1 en CS Valdefierro), y por situación laboral (respuesta de solo dos personas interinas).

Respecto a los valores de percepción del cuidado según el sexo, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, obteniéndose un resultado de $U=4,5$, $p=0,038$.

Los valores de la percepción del cuidado con respecto a la edad se midió a través de correlación de Pearson por presentar la edad distribución normal en la población que respondió al cuestionario Care-Q , obteniéndose una correlación de $0,325$, $p=0,044$.

La relación de valores de esta escala con respecto a los centros de trabajo se midieron a través de la prueba de Kruskal-Wallis, obteniéndose $\chi^2=8,074$, $p=0,233$.

La misma prueba se utilizó en la relación entre los valores de la escala de percepción del cuidado y la situación laboral, obteniéndose $\chi^2=3,076$, $p=0,215$.

Al introducir la edad y el sexo en el modelo de regresión lineal para los valores medios de la escala Care-Q, la tabla ANOVA despejó una $F=3,888$, $p=0,030$, y se obtuvo un valor $r^2=0,178$. Por variables, la significación por edad despejó una $p=0,039$, y por sexo $p=0,084$, siendo el coeficiente $\beta_{\text{edad}}=0,015$.

En cuanto a la inferencia de las diferentes subescalas de percepción del cuidado con respecto a las variables independientes, se obtuvieron diferencias significativas entre el sexo y la subescala 4, “Se anticipa”, a través de la prueba U de Mann-Whitney, con valores $U=4$, $p=0,035$. El resto de valores para las subescalas se pueden observar en las tablas 10-15.

También se obtuvo significación estadística en la correlación entre la edad y la subescala 3, “Conforta”, a través de índice de correlación de Pearson, obteniéndose una correlación de $0,328$, $p=0,042$. Los valores de las correlaciones para las subescalas con respecto a la edad, se encuentran en la tabla 24. Posteriormente, se realizó la regresión lineal para estos valores, obteniéndose una $F=4,460$, $p=0,042$ en la tabla ANOVA, para un $r^2=0,108$, y coeficiente $\beta_{\text{edad}}=0,017$.

Al realizar el análisis de la correlación entre los valores medios de atención plena, y de percepción de cuidado, se encontró un índice de correlación de Pearson de $0,319$,

$p=0,048$. Al introducir estas variables en el modelo de regresión, se obtuvo según la tabla ANOVA una $F=4,189$ $p=0,048$, para una $r^2=0,102$, y coeficiente $\beta_{MAAS}=0,192$.

Por subescalas de la percepción de cuidado, se obtuvieron valores significativos en la correlación entre la atención plena y la subescala “Monitorea y hace seguimiento”, con índice de Pearson de 0,368, $p=0,021$. El resto de subescalas no presentaron relaciones estadísticamente significativas con respecto a la atención plena, pudiendo observar los valores en la tabla 25. Con estas variables introducidas en el modelo de regresión lineal, se obtuvo una tabla ANOVA que despejó una $F=5,806$, $p=0,021$, apareciendo en el resumen del modelo una $r^2=0,136$, y obteniéndose un coeficiente $\beta_{MAAS}=0,326$.

Posteriormente, se realizó un análisis de regresión entre la edad y los valores medios de la escala de atención plena y de la percepción del cuidado. La tabla ANOVA despejó una $F=3,867$, $p=0,030$, con un $r^2=0,177$ para este modelo. Sin embargo, al introducir conjuntamente las variables de edad y atención plena, se obtuvieron valores p no significativos ($p=0,078$ para la edad y $p=0,085$ para la atención plena respectivamente).

DISCUSIÓN

Respecto a las tasas de respuesta, solo se han encontrado dos artículos que indican las tasas de participación en estudios que incluyen la escala MAAS, sin compensación de ningún tipo por su contestación. El primero de ellos, fue realizado entre estudiantes de psicología y personal de su facultad, obteniendo una tasa de respuesta del 38%.⁶⁸ El segundo, fue practicado entre una población de pacientes con clínica oncológica y una población de control no clínica, y la tasa de respuesta del mismo fue del 35,8%.⁶⁹ A pesar de que la tasa de respuesta del trabajo actual del 47% no se considere excesivamente elevada, en comparación con estos trabajos, se encuentra entre 9 y 11 puntos por encima. Los creadores de la escala obtuvieron una respuesta algo más elevada, del 68%, entre los cuestionarios enviados a 74 practicantes de meditación Zen. Sin embargo, existía una compensación de 2 dólares por cada encuesta devuelta, al centro de retiro al que fueron remitidas.¹ En este sentido, podemos considerarla una tasa de respuesta aceptable en comparación con otros estudios similares.

Con respecto a la consistencia interna, se ha encontrado el valor α de Cronbach en la población a estudio es de 0,88. Esta cifra coincide con las mediciones de otros autores. El valor más bajo para esta medida en esta escala se encontró en 0,80⁷⁰ y el valor más elevado, en 0,90.⁷¹ Estas cifras coinciden también con las de los autores de la escala original, quienes encontraron valores para el alfa de Cronbach comprendidos entre 0,80 y 0,87.¹

En cuanto a la fiabilidad intraobservador, el coeficiente de correlación intraclase en nuestra población fue de 0,95, mientras que para los autores de la escala en su versión original fue más bajo, ya que obtuvieron un CCI de 0,81.¹

Estas cifras indican una correcta fiabilidad del cuestionario en este tipo de población, ya que al tratarse de un cuestionario autoadministrado, no es necesaria la medida de fiabilidad interobservador.

Con respecto a las cifras obtenidas de la escala de atención plena, existe una importante variabilidad en la bibliografía consultada. Con poblaciones a estudio similares a la del

presente trabajo, un estudio entre personal paramédico austriaco encontró valores medios de la escala MAAS (DE) de 4,26 (0,68) en paramédicos en formación, de 5,12 (0,54) en paramédicos veteranos con menos de 10 experiencias traumáticas en su carrera profesional, y valores de 4,88 (0,63) en paramédicos veteranos con más de 10 experiencias traumáticas a lo largo de su carrera.⁷² Las cifras del personal en formación se encontraban por debajo de la media de la población de este estudio, cuyos valores son de 4,50 (0,78). Sin embargo, en el personal ya formado se encuentran valores por encima de la misma.

Otro estudio, realizado entre médicos generalistas del suroeste de Inglaterra, asistentes a dos cursos diferentes de prescripción de opiáceos, detectó valores de la escala MAAS (DE) de 4,30 (0,50) y de 4,10 (0,80) al comienzo de los cursos.⁷³ Estos valores se encuentran por debajo de los valores medios de nuestro estudio, y concretamente del valor medio del personal de medicina, situado en 4,63 (0,79). Este estudio, indica además que los médicos que reflejaron mayor aceptación psicológica y mayor atención plena, reflejaron menor despersonalización y mayor bienestar.⁷³

Con respecto a poblaciones generales, en un estudio sobre pacientes con trastorno de ansiedad de UCLA, el grupo control, que fue conformado por 46 personas sin ningún diagnóstico previo de enfermedad mental, presentó unos valores de la escala MAAS (DE) de 4,77 (0,56), por encima de los valores encontrados en nuestro estudio, y muy por encima del grupo con trastorno de ansiedad, que presentó unos valores de 3,74 (0,87).⁷⁴

Ligeramente inferiores a las cifras de nuestro estudio son los valores encontrados en el grupo de control del estudio previamente citado, sobre atención plena en población oncológica versus no clínica. En este estudio, el grupo de control presentó unos valores MAAS (DE) de 4,45 (0,77).⁶⁹

El grupo de control de otro estudio, acerca de la atención plena en trastornos bipolares, presentó unas cifras de la escala (DE) de 4,28 (0,88),⁷⁵ cifras también inferiores a las encontradas en el presente estudio.

Otro estudio en el que se presenta la escala utilizada, en relación con personas encargadas de la economía doméstica en una ciudad del noreste de Estados Unidos, encontró unos valores medios (DE) de 3,98 (0,66). En el mismo artículo, se indica otro estudio a nivel nacional estadounidense en el que se indica un valor medio de 4,22 (0,63), siendo ambos valores inferiores a los valores obtenidos en este estudio. El artículo indicado presenta además otro estudio, en el que se realizó una intervención de reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR), y en el que se indican unas cifras basales medias de la escala (DE) de 3,89 (0,59), y unas cifras post-intervención de 4,47 (0,74), siendo estas últimas más cercanas a las cifras obtenidas.⁷⁶

Otro estudio de diferencias entre personas meditadoras y no meditadoras, realizado en Reino Unido, Alemania y Suiza, mostró unos valores de la escala de 3,96 (0,55) entre los no meditadores, y de 4,60 (0,41) entre los meditadores,⁷⁷ estando la cifra de estos últimos más cercana a los valores medios obtenidos en este estudio.

También los autores de la escala realizaron un estudio similar, hallándose valores medios de la escala entre meditadores de 4,29 (0,66) y entre no meditadores de 3,97 (0,64).¹ Estos valores se encuentran por debajo de los obtenidos en la población de este estudio, siendo más cercanos a los de los meditadores.

Diversos estudios realizados entre estudiantes universitarios, en su mayoría de la carrera de psicología, en los que se analiza la relación de la atención plena con otras variables como la ansiedad,⁶⁸ el estrés y el bienestar emocional,⁷⁸ o hábitos relacionados con los juegos de azar,⁷⁹ entre otros, indican valores inferiores a los obtenidos en el presente estudio. Los valores obtenidos en estos estudios indican medias comprendidas entre 3,56 (0,69) y 4,33 (0,69).^{68, 78-82} Entre estos estudios, se encontró también una muestra de estudiantes con valores medios de 4,89 (0,83),⁷⁸ siendo el único estudio realizado entre estudiantes, cuyo valor medio de la escala es superior al obtenido en el presente estudio.

Los resultados obtenidos en este estudio, también son más elevados que los encontrados en la validación al chino de esta misma escala, en el que los investigadores hallaron una media de 4,24 (DE 0,74).⁸³

En cuanto a los resultados obtenidos como la suma de la escala, en lugar de como la media de las respuestas, en nuestra población se ha encontrado un valor medio de la suma de 67,63 (DE 11,84). Este valor medio es más elevado que los encontrados en los diferentes estudios que aplican esta corrección a la escala MAAS,^{70, 84-86} cuyos resultados se encuentran entre 49,8 (DE 11,9) y 58,9 (DE 9,9).⁸⁴

En cuanto a la inferencia realizada para la atención plena con respecto al sexo, no encontrar diferencias estadísticamente significativas concuerda con los resultados obtenidos por diversos autores, que en ninguno de sus diferentes estudios, tanto con población clínica como no clínica encontraron relaciones de este tipo.^{1, 69-71, 76, 78, 82, 87-89}

Diversos autores tampoco encontraron diferencias en la relación de la atención plena con la edad.^{78, 87, 89} Sin embargo, un estudio realizado sobre una población clínica de pacientes con dolor crónico, si encontró diferencias estadísticamente significativas de la atención plena según la edad.⁸⁸

Los resultados obtenidos en la inferencia respecto al grupo profesional, también concuerdan con los resultados obtenidos por otros autores, que tampoco encontraron diferencias por nivel académico o por años de educación.^{76, 87, 88}

Respecto al análisis por parejas de equipo de los valores de atención plena, no se ha encontrado ningún estudio previo que realice el análisis de esta manera. Los resultados obtenidos distan de indicar una correlación significativa entre estos valores. Además, las pocas respuestas obtenidas para la realización de dicho análisis impiden la realización de un análisis más detallado que incluya otras variables.

Con respecto al cuestionario Care-Q, los resultados obtenidos son superiores a los de otros estudios consultados. En este caso, los valores medios por subescala oscilan entre 6,09 (para la subescala “Explica y facilita”) y 5,70 (para la subescala “Se anticipa”), mientras que en otros estudios, los valores oscilan entre 4,30 y 3,75,¹⁵ 4,22 y 3,76,¹⁶ ó 4,41 y 3,82.¹⁷

Los resultados obtenidos con respecto al orden de las distintas subescalas según la puntuación, también difieren de los estudios consultados. En nuestro medio, la subescala “explica y facilita” ocupa el primer lugar. Esta subescala ocupa el cuarto,^{16, 18} o el sexto lugar en otros estudios consultados.^{15, 17}

La subescala “Conforta” se encuentra en segundo lugar, resultado que coincide con los resultados obtenidos por Mayer.¹⁶ En otros estudios ocupa el primer lugar,^{15, 17} así como el último.¹⁸

La subescala “Es accesible” se encontró en tercer lugar, coincidiendo con estudios anteriores,^{15, 17} y discrepando con otros estudios que la encuentran en segundo¹⁸ o quinto lugar.¹⁶

“Mantiene relación de confianza” ocupó el cuarto lugar, al igual que en un estudio llevado a cabo por Larson,¹⁵ y discrepando de otros en los que ocupó tercero,¹⁶ quinto¹⁷ y sexto lugar,¹⁸ respectivamente.

La subescala “Monitorea y hace seguimiento” ocupó el quinto lugar, también similar al estudio de Larson,¹⁵ a diferencia de otros estudios en los que apareció en el primer,¹⁸ cuarto¹⁷ y sexto lugar.¹⁶

La subescala “Se anticipa” apareció en sexto lugar, discrepando con el resto de estudios consultados, en los que aparece en primer,¹⁶ segundo^{15, 17} y tercer lugar.¹⁸

Estas diferencias encontradas en cuanto al orden de las subescalas pueden ser debidas a que los estudios consultados fueron realizados en un medio de asistencia especializada, mientras que el presente estudio fue realizado en atención primaria.

Con respecto a la pregunta con mayor valor medio en la respuesta en los profesionales, en nuestro estudio fue “Administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente”, coincidiendo con los resultados obtenidos en otro estudio,¹⁸ pero discrepando también de otros tres, en los que la respuesta con mayor valor medio se encontraba en la pregunta “Escucha al paciente”.¹⁵⁻¹⁷

Asimismo, los estudios consultados no ofrecen resultados en cuanto a las diferencias en la percepción del cuidado entre los profesionales atendiendo a variables sociodemográficas, debido a que se centran en la comparativa de las perspectivas del profesional con respecto a las del usuario, y no a las diferencias entre los profesionales.

Por otro lado, las diferencias encontradas en este estudio en la percepción del cuidado según el sexo, pueden ser debidas a que en la población a estudio solo hayan contestado dos enfermeros a este cuestionario. De cualquier modo, al incluir esta variable en el modelo de regresión múltiple junto a la edad, se obtiene significación estadística únicamente para esta última variable.

También resulta interesante la relación encontrada entre la atención plena de los profesionales de enfermería, y la percepción que estos tienen de los cuidados. A pesar de que solo explique un 10% del modelo (un 13% en el caso de la subescala “Monitorea y hace seguimiento”), el análisis sugiere una relación estadísticamente significativa de estos valores.

Por último, cabe destacar que al realizar la regresión incluyendo también la edad, se obtenga una explicación del 17% del modelo, y que a pesar de esto, no se obtenga significación estadística para ninguna de las variables con respecto a la percepción de los cuidados, resultados que por otro lado eran de esperar, debido a la no correlación entre la edad y la atención plena en la población estudiada.

CONCLUSIONES

A la espera de que la traducción del cuestionario MAAS sea válido conforme a la traducción utilizada, y se considere culturalmente adaptado de forma correcta para la población en España, podemos considerar que esta herramienta es útil en la medida de la atención plena en los profesionales de nuestro medio.

En los profesionales analizados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los valores de atención plena medidos con la escala MAAS, en función del sexo, edad, de la categoría profesional, del centro de trabajo, ni de la situación laboral en la que se encuentran.

Los profesionales de enfermería analizados no presentaron diferencias significativas en cuanto a la percepción del cuidado, medido a través del instrumento Care-Q, con respecto al sexo, al centro de trabajo o de la situación laboral. Estos profesionales presentaron diferencias significativas en su percepción del cuidado, medido a través del instrumento Care-Q según su edad, estando directamente relacionado el aumento de esta variable con respecto al total del cuestionario, así como con la subescala “Conforta”.

En estos mismos profesionales, se encontró también una relación directa estadísticamente significativa entre los valores de atención plena y los valores totales de la percepción del cuidado, así como con la subescala “Monitorea y hace seguimiento” del mismo cuestionario.

Tanto la edad como la atención plena se relacionan de manera independiente con la percepción del cuidado en la población estudiada, ya que al incluirlas en el análisis conjunto no se muestran relaciones con valores estadísticamente significativos.

DIFICULTADES, LIMITACIONES Y PROPUESTAS

Son numerosas las dificultades con las que nos hemos encontrado en la realización de este estudio, que sin embargo, considero parte del aprendizaje, y confío en concebirlas como una herramienta más en futuros trabajos de investigación en este u otros campos.

El primer aspecto a tener en cuenta se encuentra en la tasa de respuesta obtenida. Pese a ser similar en otros estudios, quizá la percepción del profesional de estar siendo evaluado invita a evitar la contestación del cuestionario. Por otro lado, debemos tener en cuenta también la cantidad de cuestionarios, encuestas y solicitudes que llegan a las consultas de los profesionales de atención primaria, que unido a las cargas asistenciales, puede hacer que los profesionales tomen una actitud bien defensiva, bien de indiferencia ante las mismas.

Otro aspecto a considerar es el muestreo. A pesar de haber enviado cuestionarios a toda la población, el número de respuestas ha sido ligeramente inferior al tamaño muestral indicado para esta población. Sin embargo, la realización de un muestreo aleatorio hubiera conllevado una tasa de respuesta menor, ya que la contestación a los cuestionarios es voluntaria, y es de suponer que aquellos profesionales que no han devuelto su respuesta, no la habrían hecho tampoco de esta manera.

Con respecto al re-test en la población a estudio, se indicó que aquellas personas que no tuvieran inconveniente, incluyeran su nombre con tal fin. Quizá la habituación al anonimato en la metodología de investigación actual fuera también en parte causante de la cifra de personas que facilitaron su contacto para la realización del re-test, a pesar de aclarar que la solicitud del mismo era únicamente con este fin. Sin embargo, la tasa de respuesta a las personas que se les envió el re-test fue más elevada, quizá por la predisposición a su realización, o quizá por la utilización del medio informático para la cumplimentación del mismo. En cualquier caso, la utilización de cuestionarios electrónicos, bien de manera online, o bien a través de correo electrónico, pueden suponer una importante herramienta para facilitar la investigación, suponiendo un ahorro tanto económico como temporal.

Por otro lado, no resultó posible un análisis exhaustivo de los valores de atención plena, según parejas médico/a-enfermero/a formadores de los equipos de atención primaria, bien por la falta de cumplimentación de este apartado, o bien, porque aun estando cumplimentado, el análisis está condicionado a la obtención de los cuestionarios de las dos o más personas que forman el equipo. Además, la presencia según las fechas de mayor cantidad de personal sustituto puede dificultar este análisis. En cualquier caso, es necesario depurar la estrategia para la realización de este tipo de análisis en el futuro.

También en relación con la cumplimentación del cuestionario y posterior análisis de los datos, el disponer de una escasa tasa de respuesta según dependiendo del centro de salud, se presentan el problema de confiar en la inferencia estadística según esta variable. Igualmente, la escasez de hombres en el grupo de enfermería, hace que sea complicado el establecer conclusiones en cuanto a las diferencias de este factor en este grupo.

También es importante comentar la diferencia entre los trabajos de atención primaria urbana y rural, así como con la atención especializada, haciendo que no puedan extrapolarse los resultados a estas poblaciones. En relación a este tema, también es interesante comentar las diferencias que pueden hallarse además, en cuanto a los diferentes sectores de salud de nuestra Comunidad Autónoma, así como las diferencias que se pueden presentar según Comunidades Autónomas. Asimismo, conviene comentar que en el presente estudio solo se ha analizado la percepción del cuidado desde el punto de vista del profesional y no el punto de vista de los usuarios.

Estas dos limitaciones, junto con el hecho señalado de que la percepción del cuidado difiere entre profesionales y usuarios, abre la puerta de nuevas líneas de investigación.

Sería interesante realizar un análisis de la influencia de la atención plena de los profesionales de enfermería en la percepción del cuidado de los pacientes, y si las acciones para aumentar la atención plena son efectivas respecto a la convergencia de los criterios de percepción del cuidado en profesionales y usuarios, en la que además se podrían incluir los diferentes ámbitos de la práctica asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84(4):822-848.
2. Hanh TN. *The miracle of mindfulness*. Boston: Beacon Press; 1976.
3. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282(9): 833-839.
4. Riehl-Sisca J. *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma, D.L.; 1992.
5. Waldow VR. *Cuidar: expresión humanizadora de la enfermería*. 1ª ed. Mexico DF: Editorial Nueva Palabra; 2008.
6. Servicio Aragonés de Salud. Encuesta de opinión a usuarios de Atención Primaria Enero-Abril 2009. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. 2009 [citado 12 de Abril de 2012] Disponible en: <http://areatres.org/Clientes/Z%20III-AP-Sector-2009-4.pdf>
7. Agencias. Los errores médicos generan 100.000 demandas anuales. *Diario La Región* (ed digital). Miércoles 11 de mayo de 2011 [acceso 3 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.laregion.es/noticia/153732/errores/medicos/generan/100000/demandas/anuales/>
8. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2009 Mar [citado 12 Abril 2012]; 18(1): 32-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es.
9. McCabe Ruff K, Mackenzie ER. The Role of Mindfulness in Healthcare Reform: A Policy Paper. *Explore*. 2009; 5(6): 313-323.

10. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Rev. Electrónica InterAção Psy. 2003;(1):19-33.
11. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.p.51.
12. Mingote, J. C. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. Form Méd Contin. 1998; 5(8): 493-508.
13. Awa WL, Plaumann M, Walter U. burnout prevention: A review of intervention programs. Patient Education and Counseling 78 (2010) 184–190
14. Franco Justo C, Justo Martínez E. Reducción de los niveles de burnout en personal de enfermería mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). Tesela [Rev Tesela] 2010; 7. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7220.php>.
15. Larson, PJ. Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. ONF. 1984; 11: 46–50.
16. Mayer DK. 1987. Oncology nurses' versus cancer patients' perceptions of nurse caring behaviors: a replication study. ONF. 1987; 14: 48–52.
17. Von Essen L, Sjöden PO. The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. International Journal of Nursing Studies. 2003; 40: 487–497.
18. Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani A, Valizadeh L. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. BMC Nursing. 2010; 9: 10-18.
19. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. 1998.
20. Garcia Campayo J. La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. Aten Primaria 2008 Jul;40(7):363-366.

21. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutory Effects. *Psychol Inq* 2007; 18(4): 211-237.
22. Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, Garcia Campayo J. ¿Por qué algunos medicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Aten Primaria* 2009; 41(11): 646-649.
23. Wofford MM, Wofford JL, Bothra J, Kendrick B, Smith A, Lichstein PR. Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *AcadMed.* 2004; 79: 134–8.
24. Whiting D. Inappropriate attitudes, fitness to practice and the challenges facing medical educators. *MedEthics.*2007; 33: 667–70.
25. Moreno-Egea A, Latorre-Reviriego I, de Miquel J, Campillo-Soto A, Saez J, Aguayo JL. Society and surgery. burnout and surgeons. *Cir.Esp.* 2008; 83(3): 118-124.
26. Ortega Ruiz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int j Clin Health Psychol.* 2004; 4(1): 137-60.
27. Caballero Martín MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten.Primaria.* 2001;27(5):53-9.
28. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.* 2005; 19: 463-70.
29. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2004;78(4):505-16.
30. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev. Esp. Salud Publica* [serial on the Internet]. 1997 May

- [cited 2012 Feb 13]; 71(3):293-303. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S113557271997000300008&lng=en.
31. Losa Iglesias ME, Becerro de Bengoa Vallejo R, Salvadores Fuentes P. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2010; 47: 30–37
 32. Novack DH, Epstein RM, Paulsen RH. Towards creating physician-healers. Fostering medical students' self-awareness, personal growth and well-being. *AcadMed*.1999; 74: 516–520.
 33. Novack DH, Kaplan G, Epstein RM, Clark W, Suchman AL, O'Brian M, et al. Personal awareness and professional growth: a proposed curriculum. *MedEncount*.1997; 13: 2–8.
 34. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med*. 1998; 21: 581-99.
 35. Franco Justo C, Justo Martínez E. Reducción de los niveles de burnout en personal de enfermería mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Tesela [Rev Tesela]* 2010; 7. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7220.php>
 36. Beddoe AE, Murphy SO. Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *J Nurs Educ*. 2004;43:305-12. En Garcia Campayo J. La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Aten Primaria* 2008 Jul;40(7):363-366.
 37. Grepmair L, Mitterlehner F, Loew T, Nickel M. Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: preliminary study. *Eur Psychiatry*. 2007;22:485-9.
 38. Grepmair L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M. Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment

- results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychother Psychosom.* 2007;76: 332-8.
39. Christopher JC, Christopher SE, Dunnagan T, Schure M. Teaching self-care through mindfulness practices: the application of yoga, meditation, and qigong to counselor training. *Journal of Humanistic Psychology* 2006; 46: 494–509.
40. Sibinga EM, Wu AW. Clinician mindfulness and patient safety. *JAMA.* 2010; 304(22): 2532-3.
41. Pérez MA, Botella L. Conciencia Plena (Mindfulness) y Psicoterapia: Concepto, Evaluación y Aplicaciones Clínicas. *Revista de Psicoterapia.* 2006; 17(66-67): 77-120.
42. Schröder Pujol M, Comas Mongay MD. Atención psicológica del enfermo oncológico en situación avanzada/terminal. En Gil F. *Manual de Psico-oncología.* Madrid: Nova Sidonia Oncología; 2000.
43. Kabat-Zinn, J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry.* 1982; 4: 33–47.
44. Segal ZV, Williams JM., Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York: Guilford; 2002.
45. Hayes S, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change.* New York, NY: Guilford Press; 1999.
46. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford; 1993.
47. Buchheld N, Grossman P, Walach H. Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal of Meditation and Meditation Research.* 2001; 1: 11-34.

48. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*. 2004; 11(3): 191-206.
49. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, et al. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006; 13(1): 27-45.
50. Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., et al. (2006). The Toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*. 2006; 62(12): 1445-1467.
51. Nightingale F. *Notas de enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Masson; 2004.
52. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª ed. Madrid etc.: Elsevier; 2007.
53. Campo Osaba MA, Miguel Gil B, Valdivieso Font N, Cervós Majoral MT, Faro Pérez MI. *Mindfulness: conciencia plena y enfermería*. En *Actualizaciones 2011. Enfermería Comunitaria*. Valencia: Difusión de Avances de Enfermería SL; 2011.
54. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. 1ª ed, reimp. Barcelona etc.: Masson; 2007.
55. Henderson V. *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
56. Peplau HE. *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona etc.: Salvat; 1990.
57. King IM. *Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos*. 1a ed. México D.F. etc.: Limusa; 1984.
58. Ramos Morcillo AJ. *Sintiendo al ser humano*. *Index Enferm* 2005; 51: 80.

59. Alfaro-LeFevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. 4ª ed. Barcelona: Elsevier España SL; 2009.
60. Brown KW, Ryan RM. Perils and Promise in Defining and Measuring Mindfulness: Observations From Experience. Clin Psychol Sci Prac Sep; 11(3): 242–248.
61. Irving JA, Dobkin PL, Park J. Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). Complement Ther Clin Pract 2009 May;15(2):61-66.
62. Maurel S, Rodero B, Lopez-del-Hoyo Y, Luciano JV, Andrés E, Roca M, Del Moral Bergos R, Ruiz-Lancina Y, García-Campayo J. Correlational analysis and predictive validity of psychological constructs related with pain in fibromyalgia. BMC Musculoskeletal Disorders. 2011; 12: 4-10.
63. Larson PJ. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. University of California, San Francisco; 1981.
64. Bautista Luz Marina. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichán. 2008; Año 8-8(1): 74-84.
65. Gómez Ramírez Olga Janneth, Daza C. Luis Antonio, Zambrano Caro Vladimir Mauricio. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. Av. Enferm. 2008, XXVI (1): 85-96.
66. Cárdenas Jiménez Olga Liliana, Castro Herrera Adriana Milena, Guevara Rojas Elsy Jinneth, Rojas Cifuentes Lisseth Alejandra. Estudio piloto de la validación del cuestionario Care-Q para medir la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. [Trabajo de Grado]; 2008.
67. Huércanos Esparza, Isabel. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php>

68. Walsh JJ, Balint MG, Smolira DR, Fredericksen LM, Madsen S. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*. 2009; 46: 94–99
69. Carlson LE, Brown KW. Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005; 58: 29–33.
70. Lakey CE, Kernis MH, Heppner WL, Lance CE. Individual differences in authenticity and mindfulness as predictors of verbal defensiveness. *Journal of Research in Personality*. 2008; 42: 230–238
71. Lavender JM, Jardin BF, Anderson DA. Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors*. 2009; 10: 228–231
72. Mitmansgruber H, Beck TN, Schüßler G. “Mindful helpers”: Experiential avoidance, meta-emotions, and emotion regulation in paramedics. *Journal of Research in Personality*. 2008; 42: 1358–1363.
73. McCracken LM, Boichat C, Eccleston C. Training for General Practitioners in Opioid Prescribing for Chronic Pain Based on Practice Guidelines: A Randomized Pilot and Feasibility Trial. *The Journal of Pain*. 2012; 13(1): 32-40.
74. Arch JJ, Craske MG. Laboratory stressors in clinically anxious and non-anxious individuals: The moderating role of mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*. 2010; 48: 495-505.
75. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR. Mindfulness, response styles and dysfunctional attitudes in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 134: 126–132.
76. Brown KW, Kasser T, Ryan RM, Linley PA, Orzech K. When what one has is enough: Mindfulness, financial desire discrepancy, and subjective well-being. *Journal of Research in Personality*. 2009; 43: 727–736.

77. Sauer S, Lemke J, Wittmann M, Kohls N, Mochty U, Walach H. How long is now for mindfulness meditators? *Personality and Individual Differences*. 2012; 52; 750–754.
78. Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*. 2009; 43: 374–385.
79. Lakey CE, Campbell WK, Brown KW, Goodie AS. Dispositional mindfulness as a predictor of the severity of gambling outcomes. *Personality and Individual Differences*. 2007; 43: 1698–1710.
80. Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer S, Schüßler G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*. 2009; 46: 448–453.
81. Kashdan TB, Afram A, Brown KW, Birnbeck M, Drvoshanov M. Curiosity enhances the role of mindfulness in reducing defensive responses to existential threat. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50: 1227–1232.
82. Kiken LG, Shook NJ. Mindfulness and emotional distress: The role of negatively biased cognition. *Personality and Individual Differences*. 2012; 52: 329–333.
83. Deng YQ, Li S, Tang YY, Zhu LH, Ryan RM, Brown KW. Psychometric Properties of the Chinese Translation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Mindfulness*. 2012; 3(1): 10-14.
84. Tanay G, Lotan G, Bernstein A. Salutary Proximal Processes and Distal Mood and Anxiety Vulnerability Outcomes of Mindfulness Training: A Pilot Preventive Intervention. *Behavior Therapy* (2011), 10.1016/j.beth.2011.06.003.
85. Carmodya J, Reed G, Kristeller J, Merriam P. Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008; 64: 393–403.

86. Howell AJ, Dopko RL, Passmore HA, Buro K. Nature connectedness: Associations with well-being and mindfulness. *Personality and Individual Differences*. 2011; 51: 166–171.
87. McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Vowles KE. The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*. 2007; 131: 63–69.
88. McCracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*. 2010; 148: 141-147.
89. Cassidy EL, Atherton RJ, Robertson N, Walsh DA, Gillett R. Mindfulness, functioning and catastrophizing after multidisciplinary pain management for chronic low back pain. *Pain*. 2012; 153: 644-650.

ANEXOS

Anexo I: Solicitud de autorización para trabajo de investigación

Anexo II: Datos personales y profesionales

Anexo III: Cuestionario - Escala de Mindfulness (MAAS)

Anexo IV: Cuestionario – Percepción del cuidado (Care-Q)

Anexo V: Carta a profesionales

Anexo VI: Tablas y gráficos de resultados

ANEXO I: SOLICITUD PARA LA INVESTIGACIÓN

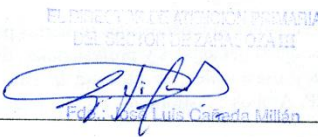

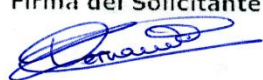



SOLICITUD PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DENTRO DEL SECTOR ZARAGOZA III

El presente documento es un formulario de solicitud para la realización de un proyecto de investigación, le sugerimos leer cuidadosamente cada uno de los rubros que contiene para garantizar que la información que proporcione este completa.



Título del proyecto: Atención plena en los profesionales sanitarios del Área 3 Urbana del Servicio Aragonés de Salud		
Nombre del responsable: Fernando Urcola Pardo		Categoría profesional: Enfermero
Dirección: c/Duquesa Villahermosa, 39	Teléfono: 696 878 121	E-mail: nanofeles@live.com
Tutor del proyecto: Concepción Germán Bés		Institución responsable: Universidad de Zaragoza
Tipo de proyecto: <input type="checkbox"/> Tesis doctoral <input type="checkbox"/> Tesina <input type="checkbox"/> Proyecto FIS o similar <input type="checkbox"/> Comunicación <input type="checkbox"/> Trabajo de campo <input checked="" type="checkbox"/> Otro: Proyecto fin de máster		
Resumen: (Máximo 300 palabras)		
<p>1. Justificación Mindfulness (que podría traducirse como «estar atento» o «atención plena») hace referencia a mantener viva la conciencia de uno focalizada en la realidad presente. El hecho de «estar atento» disminuye la tendencia a cargar con las emociones negativas de otros, pero la atención plena no sólo mejora el funcionamiento y la calidad de vida del profesional sanitario, sino que consigue mejorar el pronóstico de los enfermos en aspectos evaluados por el profesional o por el propio paciente.</p> <p>2. Objetivos Medición de la atención plena (mindfulness) de médicos/as y enfermeros/as del Área 3 urbana de Atención Primaria del SALUD, mediante la escala Mindfull Attention Awareness Scale (MAAS). Análisis de resultados según criterios individuales personales (género y edad) y profesionales (categoría profesional, centro de trabajo y situación laboral). Análisis de los resultados por Equipos de Atención Primaria (EAP), formado por un/a médico/a, y un/a enfermero/a, desde una perspectiva de género.</p> <p>3. Metodología Se realizará un estudio de tipo observacional, descriptivo transversal, sobre profesionales sanitarios del Área 3 Urbana de Atención Primaria del SALUD. Población a estudio: médicos/as y enfermeros/as en activo durante la recogida de datos. Criterios de inclusión: todos/as los profesionales titulados, con contrato en vigor, para los puestos mencionados. Criterios de exclusión: profesionales sanitarios con titulación y/o puesto diferente a los mencionados anteriormente. Instrumentos: Para las variables independientes (criterios personales y profesionales) se utilizará un cuestionario autoadministrado sobre datos personales y profesionales, diseñado para la ocasión. Para la variable dependiente (atención plena de los profesionales) se utilizará la escala MAAS, actualmente en proceso de validación al castellano, por redIAPP. Ambos cuestionarios estarán relacionados por código numérico.</p> <p>4. Aspectos éticos El estudio garantiza el respeto a la intimidad de los profesionales y la confidencialidad de la información aportada por los mismos.</p> <p>5. Conflicto de intereses El investigador declara no tener conflicto de intereses.</p>		

Recursos solicitados: <input type="checkbox"/> Revisión de historias clínicas <input type="checkbox"/> Uso de bases de datos <input checked="" type="checkbox"/> Aplicación de encuestas <input type="checkbox"/> *Realización de pruebas diagnósticas <input type="checkbox"/> *Aplicación de tratamientos <input type="checkbox"/> *Otros <small>*Describir el tipo de pruebas diagnósticas, tratamiento a utilizar o en su caso cualquier otro recurso solicitado.</small>						
Duración y cronograma de actividades: 1) Obtención de datos: durante los meses de diciembre de 2011 y enero de 2012 - Presentación del procedimiento de solicitud y autorización previa para poder iniciar estudios de investigación en los centros del sector III. - Entrega de los cuestionarios a los coordinadores de cada uno de los Centros de Salud. - Recogida de los cuestionarios una vez cumplimentados. 2) Procesado de datos: durante el mes de febrero de 2012 - Introducción de los resultados en base de datos. - Análisis de las medidas de tendencia central (medias, medianas y modas) y de dispersión (varianzas, desviaciones típicas y coeficientes de variación) de la variable dependiente en función de las variables independientes anteriormente mencionadas, de manera individual para cada profesional. - Análisis de las medidas anteriores por equipos de atención primaria 3) Comparación de datos: durante el mes de marzo de 2012 - Comparativa de los resultados obtenidos con los resultados de informes de tipo similar de otros autores. 4) Redacción del informe final: durante los meses de abril y mayo de 2012. 5) Entrega del informe final (30 de mayo de 2012) y defensa ante tribunal (14 de junio de 2012)						
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Recogida de datos						
Procesado de datos						
Comparación de datos						
Redacción del informe						
Análisis de costes: <small>(Especificar los costes derivados de la realización del proyecto)</small> La realización de este estudio no presenta costes económicos ni materiales añadidos a las actividades propias de los centros dónde será realizado. Asimismo, tampoco requiere de servicios complementarios del personal de los Centros, ni de la utilización de las infraestructuras de los mismos.						
 						
Firma del Solicitante 			Firma del Tutor 			
Lugar y Fecha Zaragoza, 12 de Diciembre de 2011						

ANEXO II: DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES

CODIFICACIÓN NUMÉRICA (a completar por el investigador)

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:

SEXO (márquese lo que proceda):

☐ HOMBRE

☐ MUJER

CATEGORÍA PROFESIONAL (márquese lo que proceda):

☐ MÉDICO/A

☐ ENFERMERO/A

CENTRO DE TRABAJO:

SITUACIÓN LABORAL (márquese lo que proceda):

☐ TITULAR DE PLAZA

☐ INTERINIDAD

☐ TITULAR DE REFUERZO

☐ SUSTITUCIÓN EVENTUAL

☐ OTRA (especificar)

EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (indique el nombre del/de la profesional médico/a, o enfermero/a, junto al que forma el Equipo de Atención Primaria o bien su número de cuestionario, en el caso de querer mantener el anonimato. En el caso de ser más de uno, indíquelos todos. En el caso de no contar con otro profesional asignado para la formación del equipo, omita este campo):

.....

ANEXO III: ESCALA MINDFULNESS (MAAS)

CUESTIONARIO DE USO RESTRINGIDO

ANEXO IV – CUESTIONARIO CARE-Q

CODIFICACIÓN NUMÉRICA (a completar por el investigador)

Instrucciones: Debajo hay una serie de afirmaciones sobre su experiencia diaria. Por favor, use la escala de 1 a 7 para indicar la importancia que usted otorga a diferentes situaciones. Responda de acuerdo a lo que realmente refleja su trabajo diario y no a lo que usted piensa que debería ser. Puntúe cada ítem de forma separada en relación a los otros.

Importantísimo 7	Muy importante 6	Algo importante 5	Ni importante Ni sin importancia 4	Poco importante 3	Muy poco importante 2	Nada importante 1
---------------------	---------------------	----------------------	--	----------------------	--------------------------	----------------------

• Es Accesible

1. Con frecuencia se aproxima primero al paciente 7 6 5 4 3 2 1
2. Se ofrece a hacer pequeñas cosas para el paciente 7 6 5 4 3 2 1
3. Administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente 7 6 5 4 3 2 1
4. Examina al paciente con frecuencia 7 6 5 4 3 2 1
5. Responde rápidamente la llamada del paciente 7 6 5 4 3 2 1
6. Anima al paciente a que llame si tiene problemas 7 6 5 4 3 2 1

• Explica y Facilita

7. Informa al paciente sobre los sistemas de ayuda disponibles, tales como los grupos de auto-ayuda o los pacientes con enfermedades similares 7 6 5 4 3 2 1
8. Ayuda al paciente a expresarse, proporcionándole información adecuada 7 6 5 4 3 2 1
9. Dice al paciente, en lenguaje comprensible, lo que es importante que conozca acerca de su enfermedad y tratamiento. 7 6 5 4 3 2 1
10. Enseña al paciente a cuidar de sí mismo siempre que sea posible 7 6 5 4 3 2 1
11. Sugiere al paciente las preguntas que puede formularle a su médico 7 6 5 4 3 2 1
12. Es honesta con el paciente en cuanto a su condición médica 7 6 5 4 3 2 1

- **Conforta**

13. Procura medidas básicas de confort, tales como iluminación adecuada, control de ruido y sabanas adecuadas, entre otros 7 6 5 4 3 2 1
14. Infunde ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y el tratamiento del paciente. 7 6 5 4 3 2 1
15. Tiene paciencia aún con los pacientes difíciles 7 6 5 4 3 2 1
16. Es jovial 7 6 5 4 3 2 1
17. Se sienta con el paciente 7 6 5 4 3 2 1
18. Toma al paciente de la mano, cuando él necesita que alguien lo anime 7 6 5 4 3 2 1
19. Escucha al paciente 7 6 5 4 3 2 1
20. Habla con el paciente 7 6 5 4 3 2 1
21. Involucra a la familia del paciente o a otros allegados en su cuidado 7 6 5 4 3 2 1

- **Se Anticipa**

22. Toma conciencia de que la noche es a menudo el tiempo más difícil para el paciente 7 6 5 4 3 2 1
23. Se anticipa al impacto del paciente y su familia con relación al diagnóstico y planifica oportunidades para hablarles al respecto, individualmente o en grupo 7 6 5 4 3 2 1
24. Sabe cuándo el paciente "ha tenido lo suficiente" a actúa en concordancia, por ejemplo, reprograma un examen, selecciona la visita de acuerdo con el gusto del paciente y garantiza privacidad. 7 6 5 4 3 2 1
25. Es receptiva ante las necesidades del paciente, planea y actúa en consecuencia, por ejemplo, administra un medicamento para evitar las náuseas, cuando el paciente está recibiendo una medicina que probablemente le causará náuseas. 7 6 5 4 3 2 1
26. Prevé que las "primeras veces" son las más difíciles y pone atención especial al paciente durante estas oportunidades. 7 6 5 4 3 2 1

- **Mantiene Relación de Confianza**

27. Cuando esta con un paciente, se concentra sólo en ese único paciente. 7 6 5 4 3 2 1
28. Continúa interesada en el paciente aunque haya pasado por una crisis o fase crítica. 7 6 5 4 3 2 1
29. Ofrece al paciente alternativas razonables, tales como elección del tiempo de para las citas, tiempo para el baño, entre otras. 7 6 5 4 3 2 1
30. Ayuda al paciente a establecer metas realizables. 7 6 5 4 3 2 1
31. Comprueba con el paciente la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su estado. 7 6 5 4 3 2 1
32. Comprueba las percepciones del paciente con el mismo paciente antes de iniciar cualquier intervención, por ejemplo si la enfermera tiene la percepción de que el paciente esta ofuscado con el plan de tratamiento, lo discute con el paciente antes de hablar al respecto con el médico. 7 6 5 4 3 2 1
33. Ayuda al paciente a aclarar su pensamiento acerca de de su enfermedad. 7 6 5 4 3 2 1
34. Acepta que el paciente es el que mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible, en la planificación y administración del cuidado. 7 6 5 4 3 2 1
35. Anima al paciente para que le formule preguntas las preguntas que pueda tener. 7 6 5 4 3 2 1
36. Coloca al paciente en primer lugar, sin importar lo que pase. 7 6 5 4 3 2 1
37. Es agradable y amistosa con los familiares del paciente y los demás allegados. 7 6 5 4 3 2 1
38. Permite al paciente expresar totalmente sus sentimientos acerca de su enfermedad y tratamiento, manejando la información confidencialmente. 7 6 5 4 3 2 1
39. Pregunta al paciente como prefiere que lo llamen 7 6 5 4 3 2 1
40. Tiene una proximidad estable con el paciente. 7 6 5 4 3 2 1
41. Logra tratar al paciente como una persona. 7 6 5 4 3 2 1
42. Se presenta al paciente, le explica el procedimiento a realizar 7 6 5 4 3 2 1

- **Monitorea y Hace Seguimiento**

43. Su vestuario e insignias la caracterizan como enfermera 7 6 5 4 3 2 1
44. Se cerciora de que la programación de citas profesionales, por ejemplo, procedimientos especiales, se acomodan a la real condición situación del paciente. 7 6 5 4 3 2 1
45. Considera que es organizada. 7 6 5 4 3 2 1
46. Sabe aplicar inyecciones, etc. y manipular equipos de uso parenteral (sueros), las máquinas de succión y otros equipos que haya en el servicio. 7 6 5 4 3 2 1
47. Es calmada 7 6 5 4 3 2 1
48. Proporciona buen cuidado físico al paciente. 7 6 5 4 3 2 1
49. Se asegura de que otros sepan cómo cuidar al paciente. 7 6 5 4 3 2 1
50. Sabe cuándo llamar al médico. 7 6 5 4 3 2 1

ANEXO V: CARTA A PROFESIONALES

Estimado/a compañero/a,

Me dirijo a usted con motivo de la realización de mi trabajo fin de Máster de Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Zaragoza, que trata sobre la atención plena de los profesionales de Atención Primaria de nuestro sector.

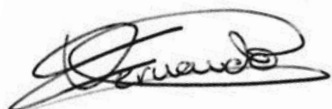
Por esta razón, solicito su colaboración, mediante la realización de unos breves cuestionarios. Para su realización, rogaría que separara esta hoja del resto. El primer cuestionario se refiere a cuestiones personales y profesionales, el segundo, es la escala MAAS (Mindful Attention Awareness Scale), que mide el grado de atención plena de la persona. No es necesario que sea el titular de la plaza quien rellene los cuestionarios, pero rogaría que los devuelvan contestados antes del 31 de enero de 2012 al coordinador/a que los haya facilitado en el centro.

Por supuesto, la metodología del trabajo garantiza la intimidad de los participantes, y la confidencialidad de los datos aportados, solicitando su nombre únicamente con la finalidad de poder contactar de nuevo para la posible realización de un re-test.

A la finalización del trabajo, estaré encantado de compartir los resultados con los centros que así lo soliciten, o bien de manera personal con los compañeros/as interesados.

Ante cualquier problema o duda, no tengo ningún inconveniente en que contacte conmigo bien por teléfono, o bien por correo electrónico, en las señas que encontrareis junto a mi firma.

Agradeciendo mucho la colaboración prestada, y sin nada más que añadir, reciba un afectuoso saludo.



Fernando Urcola Pardo

Teléfono: 696 878 121

email: 510688@celes.unizar.es

ANEXO VI: TABLAS Y GRÁFICOS DE RESULTADOS

Tabla 1: Población a estudio y tasas de respuesta

Centro de Salud	Categoría profesional	Nº	(%)	Respuestas	(%)
Bombarda	Médicos/as	11	(5,82)	1	(9,09)
	Enfermeros/as	10	(5,29)	2	(20)
Delicias Norte	Médicos/as	19	(10,05)	6	(31,58)
	Enfermeros/as	16	(8,47)	7	(43,75)
Delicias Sur	Médicos/as	20	(10,58)	9	(45)
	Enfermeros/as	19	(10,05)	10	(52,63)
Miralbueno	Médicos/as	9	(4,76)	5	(55,56)
	Enfermeros/as	8	(4,23)	3	(37,5)
Oliver	Médicos/as	12	(6,35)	11	(91,67)
	Enfermeros/as	11	(5,82)	6	(54,55)
Univérsitas	Médicos/as	21	(11,11)	9	(42,86)
	Enfermeros/as	19	(10,05)	14	(73,68)
Valdefierro	Médicos/as	8	(4,23)	4	(50)
	Enfermeros/as	6	(3,17)	2	(33,33)
TOTAL	Médicos/as	100	(52,91)	45	(45)
	Enfermeros/as	89	(47,09)	44	(49,44)
	TOTAL	189	(100)	89	(47,09)

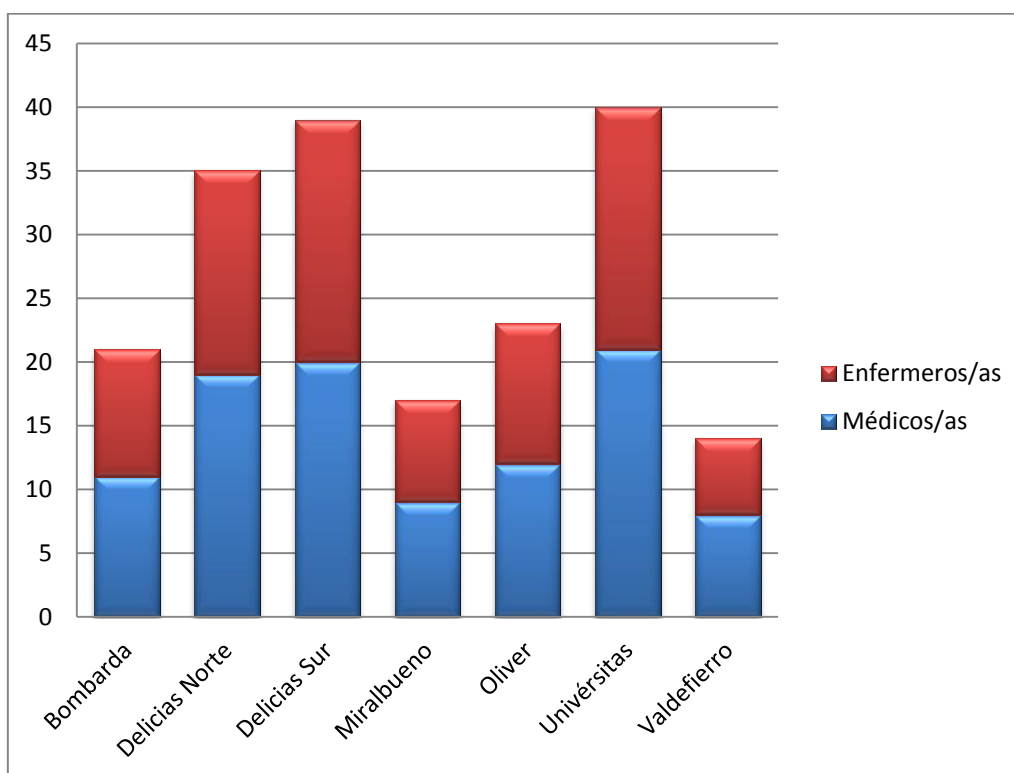


Gráfico 1: Distribución de la población a estudio

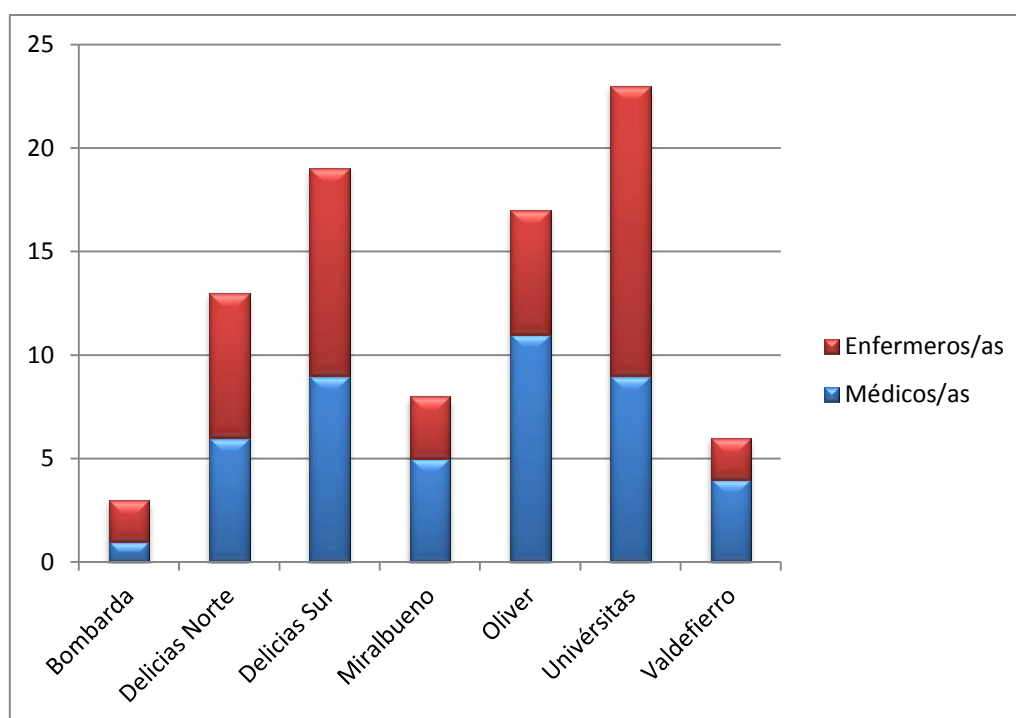


Gráfico 2: Respuestas obtenidas por centros y grupos profesionales

Tabla 2: Respuestas según variables independientes

Variable		Recuento	(%)
Sexo	Hombre	22	(24,7)
	Mujer	67	(75,3)
Categoría profesional	Médico/a	45	(50,6)
	Enfermero/a	44	(49,4)
Centro de Trabajo	CS Bombarda	3	(3,4)
	CS Delicias Norte	13	(14,6)
	CS Delicias Sur	19	(21,3)
	CS Miralbuena	8	(9)
	CS Oliver	17	(19,1)
	CS Universitat	23	(25,8)
	CS Valdefierro	6	(6,7)
Situación laboral	Titular de plaza	71	(79,8)
	Interinidad	3	(3,4)
	Sustitución eventual	13	(14,6)
	Residente/a	2	(2,2)
TOTAL		89	(100)

Tabla 3: valores de la escala MAAS por variables independientes

Variables		Medias escala MAAS		Suma escala MAAS		p
		Media	DE	Media	DE	
Sexo	Hombre	4,61	0,77	69,09	11,51	0,508^b
	Mujer	4,48	0,8	67,15	12,00	
Categoría profesional	Médico/a	4,63	0,79	69,51	11,85	0,13^b
	Enfermero/a	4,38	0,78	65,70	11,66	
Centro de Trabajo ^a	CS Bombarda	4,07	.	61	.	0,307^c
	CS Delicias Norte	5,13	1,47	77	22	
	CS Delicias Sur	4,67	0,67	70	10	
	CS Miralbueno	4,73	1,03	71	16	
	CS Oliver	4,67	1	70	15	
	CS Universitat	4,27	1,47	64	22	
	CS Valdefierro	4,93	1,95	74	29	
Situación laboral	Titular de plaza	4,49	0,78	67,37	11,66	0,118^d
	Interinidad	4	1,09	60,00	16,37	
	Sustitución eventual	4,54	0,73	68,08	10,91	
	Residente/a	5,7	0,42	85,50	6,36	
TOTAL		4,5086	0,7897	67,63	11,84	

a: los valores para esta categoría son mediana y desviación intercuartílica

b: obtenido a través de t-Student

c: obtenido a través de Kruskal-Wallis

d: obtenido a través de ANOVA

Tabla 4: valores de la escala MAAS por variables independientes en personal titular

Variable		Media escala MAAS		Suma escala MAAS		p
		Media	DE	Media	DE	
Sexo	Hombre	4,57	0,77	68,67	11,62	0,546^b
	Mujer	4,45	0,78	66,82	11,76	
Categoría profesional	Médico/a	4,58	0,80	68,71	12,12	0,301^b
	Enfermero/a	4,33	0,74	65,82	11,10	
Centro de Trabajo ^a	CS Bombarda	4,07	.	61	.	0,562^c
	CS Delicias Norte	5,17	1,08	77,5	16	
	CS Delicias Sur	4,60	0,65	69	10	
	CS Miralbueno	4,73	1,03	71	16	
	CS Oliver	4,67	1	70	15	
	CS Universitat	4,27	1,67	64	25	
	CS Valdefierro	4,93	1,88	74	28	
TOTAL		4,4911	0,7775	67,37	11,66	

a: los valores para esta categoría son mediana y desviación intercuartílica

b: obtenido a través de t-Student

c: obtenido a través de Kruskal-Wallis

Tabla 5: valores α de Cronbach para la escala MAAS

Nº Pregunta	α al eliminar el elemento
MAAS 1	0,883
MAAS 2	0,888
MAAS 3	0,881
MAAS 4	0,880
MAAS 5	0,882
MAAS 6	0,896
MAAS 7	0,875
MAAS 8	0,875
MAAS 9	0,878
MAAS 10	0,872
MAAS 11	0,881
MAAS 12	0,876
MAAS 13	0,889
MAAS 14	0,872
MAAS 15	0,879
α TOTAL	0,888

Tabla 6: Coeficiente de correlación intraclase para la escala MAAS

Nº Pregunta	CCI
MAAS 1	0,858
MAAS 2	0,850
MAAS 3	0,801
MAAS 4	0,872
MAAS 5	0,831
MAAS 6	0,940
MAAS 7	0,942
MAAS 8	0,965
MAAS 9	0,913
MAAS 10	0,845
MAAS 11	0,938
MAAS 12	0,960
MAAS 13	0,929
MAAS 14	0,933
MAAS 15	0,905
CCI TOTAL	0,955

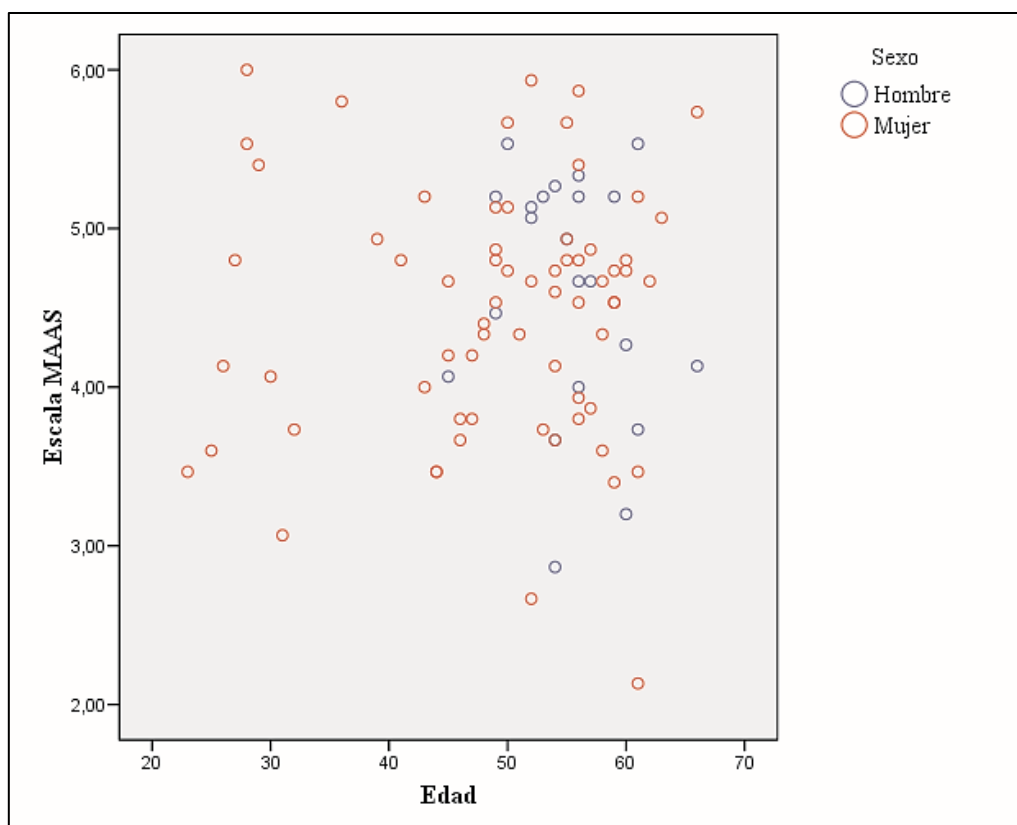


Gráfico 3: Distribución de valores de la escala MAAS según edad y sexo

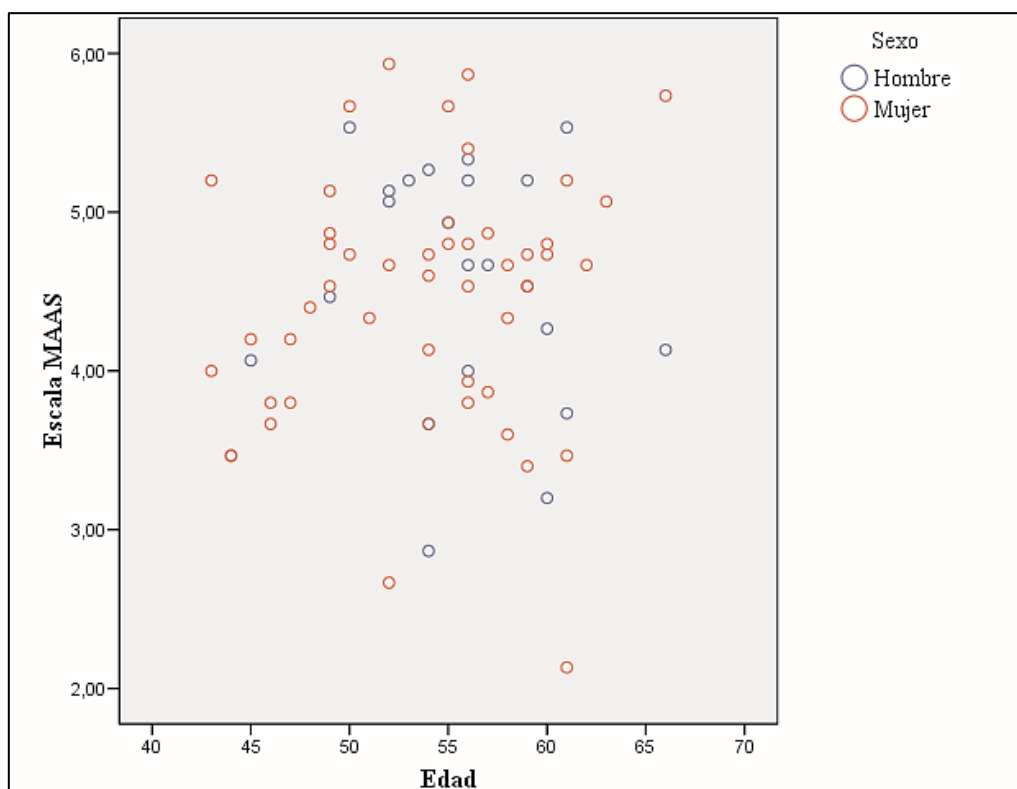


Gráfico 4: Distribución de valores de la escala MAAS según edad y sexo en titulares

Tabla 7: Análisis post-hoc de Scheffé para las variables MAAS-Situación laboral

SITUACIÓN	SITUACION	p	IC 95%	
Titular de plaza	Interinidad	0,765	-0,8142	1,7963
	Sustitución eventual	0,998	-0,7154	0,6207
	Residente/a	0,202	-2,7967	0,3789
Interinidad	Titular de plaza	0,765	-1,7963	0,8142
	Sustitución eventual	0,76	-1,9569	0,8799
	Residente/a	0,133	-3,7215	0,3215
Sustitución eventual	Titular de plaza	0,998	-0,6207	0,7154
	Interinidad	0,76	-0,8799	1,9569
	Residente/a	0,282	-2,8436	0,5205
Residente/a	Titular de plaza	0,202	-0,3789	2,7967
	Interinidad	0,133	-0,3215	3,7215
	Sustitución eventual	0,282	-0,5205	2,8436

Tabla 8: Valores Care-Q totales según variables independientes

Variables		Valores Escala CareQ		
		Media	DE	p
Sexo	Hombre	6,48	0,11	0,038 ^a
	Mujer	5,91	0,46	
Centro de Trabajo	CS Bombarda	6,56	.	0,233 ^b
	CS Delicias Norte	6,02	0,19	
	CS Delicias Sur	6,02	0,38	
	CS Miralbuena	5,63	0,43	
	CS Oliver	6,21	0,47	
	CS Universitat	5,74	0,53	
	CS Valdefierro	6,40	.	
Situación Laboral	Titular de plaza	5,98	0,46	0,215 ^b
	Interinidad	5,41	0,33	
	Sustitución eventual	5,94	0,48	
TOTAL		5,94	0,468	

a: obtenido a través de U de Mann-Whitney

b: obtenido a través de Kruskal-Wallis

Tabla 9: Valores medios del cuestionario Care-Q, total y subescalas

SUBESCALAS	Media	DE
Es accesible	5,94	0,52
Explica y facilita	6,09	0,54
Conforta	6,05	0,55
Se anticipa	5,70	0,69
Mantiene relación de confianza	5,92	0,53
Monitorea y hace seguimiento	5,90	0,69
TOTAL	5,94	0,47

Tabla 10: Valores Care-Q para la subescala “Es Accesible”

Variables		Valores Subescala 1		
		Media	DE	p
Sexo	Hombre	6,17	.	0,403^a
	Mujer	5,93	0,53	
Centro de Trabajo	CS Bombarda	6,17	.	0,227^b
	CS Delicias Norte	6,30	0,41	
	CS Delicias Sur	5,96	0,44	
	CS Miralbueno	5,44	0,67	
	CS Oliver	6,14	0,59	
	CS Universitäts	5,79	0,50	
	CS Valdefierro	6,17	.	
Situación Laboral	Titular de plaza	5,92	0,52	0,836^b
	Interinidad	5,92	0,12	
	Sustitución eventual	6,05	0,58	
TOTAL		5,94	0,52	

a: obtenido a través de U de Mann-Whitney

b: obtenido a través de Kruskal-Wallis

Tabla 11: Valores Care-Q para la subescala “Explica y facilita”

Variables		Valores Subescala 2		
		Media	DE	p
Sexo	Hombre	6,33	.	0,653^a
	Mujer	6,08	0,55	
Centro de Trabajo	CS Bombarda	6,33	.	0,397^b
	CS Delicias Norte	6,20	0,34	
	CS Delicias Sur	6,20	0,55	
	CS Miralbueno	5,89	0,59	
	CS Oliver	6,42	0,43	
	CS Universitäts	5,85	0,61	
	CS Valdefierro	6,33	.	
Situación Laboral	Titular de plaza	6,12	0,54	0,803^b
	Interinidad	5,92	0,59	
	Sustitución eventual	6,02	0,61	
TOTAL		6,09	0,54	

a: obtenido a través de U de Mann-Whitney

b: obtenido a través de Kruskal-Wallis

Tabla 12: Valores Care-Q para la subescala “Conforta”

Variables		Valores Subescala 3		
		Media	DE	p
Sexo	Hombre	6,67	0,16	0,079^a
	Mujer	6,02	0,54	
Centro de Trabajo	CS Bombarda	6,78	.	0,177^b
	CS Delicias Norte	5,82	0,46	
	CS Delicias Sur	6,05	0,52	
	CS Miralbueno	5,56	0,29	
	CS Oliver	6,37	0,56	
	CS Universitäts	6,02	0,57	
	CS Valdefierro	6,56	.	
Situación Laboral	Titular de plaza	6,05	0,56	0,872^b
	Interinidad	6,28	0,24	
	Sustitución eventual	6,00	0,60	
TOTAL		6,05	0,55	

a: obtenido a través de U de Mann-Whitney

b: obtenido a través de Kruskal-Wallis

Tabla 13: Valores Care-Q para la subescala “Se anticipa”

Variables		Valores Subescala 4		
		Media	DE	p
Sexo	Hombre	6,60	.	0,035^a
	Mujer	5,65	0,68	
Centro de Trabajo	CS Bombarda	6,60	.	0,191^b
	CS Delicias Norte	5,68	0,27	
	CS Delicias Sur	5,58	0,78	
	CS Miralbueno	5,80	0,53	
	CS Oliver	6,17	0,53	
	CS Universitäts	5,44	0,74	
	CS Valdefierro	6,60	.	
Situación Laboral	Titular de plaza	5,79	0,68	0,119^b
	Interinidad	4,60	0,28	
	Sustitución eventual	5,66	0,61	
TOTAL		5,70	0,69	

a: obtenido a través de U de Mann-Whitney

b: obtenido a través de Kruskal-Wallis

Tabla 14: Valores Care-Q para la subescala “Mantiene relación de confianza”

Variables		Valores Subescala 5		
		Media	DE	p
Sexo	Hombre	6,41	0,31	0,118^a
	Mujer	5,90	0,53	
Centro de Trabajo	CS Bombarda	6,63	.	0,305^b
	CS Delicias Norte	5,91	0,35	
	CS Delicias Sur	6,06	0,50	
	CS Miralbuena	5,54	0,47	
	CS Oliver	6,18	0,47	
	CS Universitat	5,74	0,59	
	CS Valdefierro	6,19	.	
Situación Laboral	Titular de plaza	5,96	0,52	0,226^b
	Interinidad	5,22	0,49	
	Sustitución eventual	5,94	0,49	
TOTAL		5,92	0,53	

a: obtenido a través de U de Mann-Whitney

b: obtenido a través de Kruskal-Wallis

Tabla 15: Valores Care-Q para la subescala “Monitorea y hace seguimiento”

Variables		Valores Subescala 6		
		Media	DE	p
Sexo	Hombre	6,69	0,09	0,055^a
	Mujer	5,86	0,68	
Centro de Trabajo	CS Bombarda	6,63	.	0,088^b
	CS Delicias Norte	6,33	0,42	
	CS Delicias Sur	6,07	0,58	
	CS Miralbuena	5,75	0,33	
	CS Oliver	6,04	0,73	
	CS Universitat	5,51	0,74	
	CS Valdefierro	6,75	.	
Situación Laboral	Titular de plaza	6,00	0,60	0,082^b
	Interinidad	4,56	0,27	
	Sustitución eventual	5,89	0,77	
TOTAL		5,90	0,69	

a: obtenido a través de U de Mann-Whitney

b: obtenido a través de Kruskal-Wallis

Tabla 16: valores α de Cronbach para la escala Care-Q

Pregunta	α al eliminar elemento
CareQ1	0,941
CareQ2	0,941
CareQ3	0,942
CareQ4	0,941
CareQ5	0,941
CareQ6	0,941
CareQ7	0,939
CareQ8	0,940
CareQ9	0,941
CareQ10	0,941
CareQ11	0,940
CareQ12	0,941
CareQ13	0,943
CareQ14	0,940
CareQ15	0,941
CareQ16	0,939
CareQ17	0,940
CareQ18	0,941
CareQ19	0,941
CareQ20	0,940
CareQ21	0,941
CareQ22	0,942
CareQ23	0,940
CareQ24	0,940
CareQ25	0,942
CareQ26	0,940
CareQ27	0,941
CareQ28	0,942
CareQ29	0,941
CareQ30	0,940
CareQ31	0,940
CareQ32	0,940
CareQ33	0,941
CareQ34	0,941
CareQ35	0,940
CareQ36	0,940
CareQ37	0,940
CareQ38	0,940
CareQ39	0,940
CareQ40	0,940
CareQ41	0,941
CareQ42	0,941
CareQ43	0,940
CareQ44	0,941
CareQ45	0,941
CareQ46	0,941
CareQ47	0,941
CareQ48	0,940
CareQ49	0,940
CareQ50	0,940
α TOTAL	0,941

Tabla 17: valores α de Cronbach para la subescala “Es accesible”

Pregunta	α si se elimina el elemento
CareQ1	0,591
CareQ2	0,687
CareQ3	0,638
CareQ4	0,647
CareQ5	0,545
CareQ6	0,536
TOTAL	0,652

Tabla 18: valores α de Cronbach para la subescala “Explica y facilita”

Pregunta	α si se elimina el elemento
CareQ7	0,701
CareQ8	0,699
CareQ9	0,729
CareQ10	0,697
CareQ11	0,710
CareQ12	0,719
TOTAL	0,746

Tabla 19: valores α de Cronbach para la subescala “Conforta”

Pregunta	α si se elimina el elemento
CareQ13	0,846
CareQ14	0,777
CareQ15	0,788
CareQ16	0,759
CareQ17	0,768
CareQ18	0,783
CareQ19	0,773
CareQ20	0,752
CareQ21	0,788
TOTAL	0,802

Tabla 20: valores α de Cronbach para la subescala “Se anticipa”

Pregunta	α si se elimina el elemento
CareQ22	,618
CareQ23	,645
CareQ24	,685
CareQ25	,552
CareQ26	,673
TOTAL	0,746

Tabla 21: valores α de Cronbach para la subescala “Mantiene relación de confianza”

Pregunta	α si se elimina el elemento
CareQ27	0,862
CareQ28	0,866
CareQ29	0,856
CareQ30	0,858
CareQ31	0,851
CareQ32	0,856
CareQ33	0,862
CareQ34	0,859
CareQ35	0,857
CareQ36	0,859
CareQ37	0,860
CareQ38	0,856
CareQ39	0,862
CareQ40	0,856
CareQ41	0,858
CareQ42	0,864
TOTAL	0,867

Tabla 22: valores α de Cronbach para la subescala “Monitorea y hace seguimiento”

Pregunta	α si se elimina el elemento
CareQ43	0,804
CareQ44	0,812
CareQ45	0,813
CareQ46	0,821
CareQ47	0,841
CareQ48	0,816
CareQ49	0,823
CareQ50	0,814
TOTAL	0,838

Tabla 23: Las diez preguntas con mayor media de puntuación Care-Q

Pregunta	Media	Subescala
Administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente	6,65	EA
Dice al paciente, en lenguaje comprensible, lo que es importante que conozca acerca de su enfermedad y tratamiento.	6,54	EF
Enseña al paciente a cuidar de sí mismo siempre que sea posible.	6,51	EF
Escucha al paciente.	6,41	C
Habla con el paciente.	6,41	C
Logra tratar al paciente como una persona.	6,38	MRC
Sabe aplicar inyecciones, etc. y manipular equipos de uso parenteral (sueros), las máquinas de succión y otros equipos que haya en el servicio.	6,32	MHS
Sabe cuándo llamar al médico.	6,3	MHS
Infunde ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y tratamiento del paciente.	6,24	C
Permite al paciente expresar totalmente sus sentimientos acerca de su enfermedad y tratamiento, manejando la información confidencialmente.	6,24	MRC

EA: Es Accesible

EF: Explica y facilita

C: Conforta

MRC: Mantiene relación de confianza

MHS: Monitorea y hace seguimiento

Tabla 24: Correlaciones entre valores del cuestionario Care-Q y la edad

Correlaciones Edad-CareQ		
Es Accesible	Coefficiente de correlación	0,144
	p	0,382
Explica y facilita	Coefficiente de correlación	0,263
	p	0,105
Conforta	Coefficiente de correlación	0,328
	p	0,042
Se anticipa	Coefficiente de correlación	0,288
	p	0,075
Mantiene relación de confianza	Coefficiente de correlación	0,302
	p	0,062
Monitorea y hace seguimiento	Coefficiente de correlación	0,205
	p	0,210
TOTAL	Coefficiente de correlación	0,325
	p	0,044

Tabla 25: Correlaciones entre valores del cuestionario Care-Q y de la escala MAAS

Correlaciones MAAS-CareQ		
Es Accesible	Coeficiente de correlación	0,231
	p	0,158
Explica y facilita	Coeficiente de correlación	0,155
	p	0,346
Conforta	Coeficiente de correlación	0,258
	p	0,113
Se anticipa	Coeficiente de correlación	0,120
	p	0,466
Mantiene relación de confianza	Coeficiente de correlación	0,300
	p	0,064
Monitorea y hace seguimiento	Coeficiente de correlación	0,368
	p	0,021
TOTAL	Coeficiente de correlación	0,319
	p	0,048